



Hanna Ollila
Otto Ruokolainen

Selvitys tehokkaista toimista ja toimivasta seuranta- ja arviointijärjestelmästä tupakkalain tavoitteen saavuttamisen tueksi

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmän toimeksianto

TYÖPAPERI 19/2018

Hanna Ollila, Otto Ruokolainen

**Selvitys tehokkaista toimista ja
toimivasta seuranta- ja arviointi-
järjestelmästä tupakkalain tavoitteen
saavuttamisen tueksi**

**Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman
tupakka- ja nikotiinipolitiikan
kehittämistyöryhmän toimeksianto**

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-343-123-2 (verkojulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-123-2>

Sisällys

1 Johdanto	4
2 Selvityksen menetelmät	6
3 Tupakkapoliittiset toimenpiteet	7
3.1 Kansainvälisen tupakkapuitesopimuksen WHO FCTC:n toimeenpano	7
3.2 MPOWER-työkalun toimeenpano	8
3.3 Eurooppalainen tupakkapolitiikan vertailu	10
3.4 Muissa Pohjoismaissa toteutetut ulkopuoliset tupakkapolitiikan arvioinnit	11
3.5 Tie savuttomaan Suomeen – tupakkapoliittinen toimenpideohjelma	12
3.6 Savuton Suomi -verkoston tupakkapolitiikan kehittämistyöryhmän ehdotukset	13
3.7 Endgame-ohjelmien toimenpiteet	15
4 Tutkimusnäyttö ja maaesimerkkejä toimenpiteistä	17
4.1 Syntymäkohorttiin perustuva myyntikielto	17
4.2 Tupakan ostoikärajan nosto	17
4.3 Rajatunnukset myyntipaikat	18
4.4 Tuotemerkittömät pakkaukset	19
4.5 Nikotiinin määrän rajoittaminen	19
4.6 Savukkeiden pH-arvon nosto ja filttareiden kieltäminen	20
4.7 Vaihtoehtoiset nikotiinituotteet	21
4.8 Tupakkateollisuuden sulkeminen vapaiden markkinoiden ulkopuolelle	21
4.9 Mainontakiellon laajentaminen viihdemediassa	22
4.10 Savuttomien tilojen laajentaminen ulkoalueilla	23
4.11 Savukkeiden vähimmäishinta	23
4.12 Tupakan matkustajatuonnin määrien pienentäminen	24
4.13 Erillismaksut tupakkateollisuudelle ja maahantuojille	24
4.14 Kansanterveyspolitiikkojen suojele tupakkateollisuuden intresseiltä	25
4.15 Vieroituksen tehokas toimeenpano	25
4.16 Vieroituslääkkeiden ja nikotiinikorvaushoitojen korvattavuus ja saatavuus	25
4.17 Koordinoitu kampanjointi ja tupakkapoliittisen toimintaohjelman toimeenpano	26
5 Toimiva seuranta- ja arviointijärjestelmä	28
6 Yhteenveto ja pohdinta	35
Kirjallisuusviitteet	38

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriön kesällä 2017 asettaman tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmän tavoitteena on tehdä ehdotukset säädöksiksi ja muiksi toimenpiteiksi tupakkalain tavoitteen saavuttamiseksi. Asettamispäätöksen mukaan työryhmän tehtävänä on tehdä ehdotuksia:

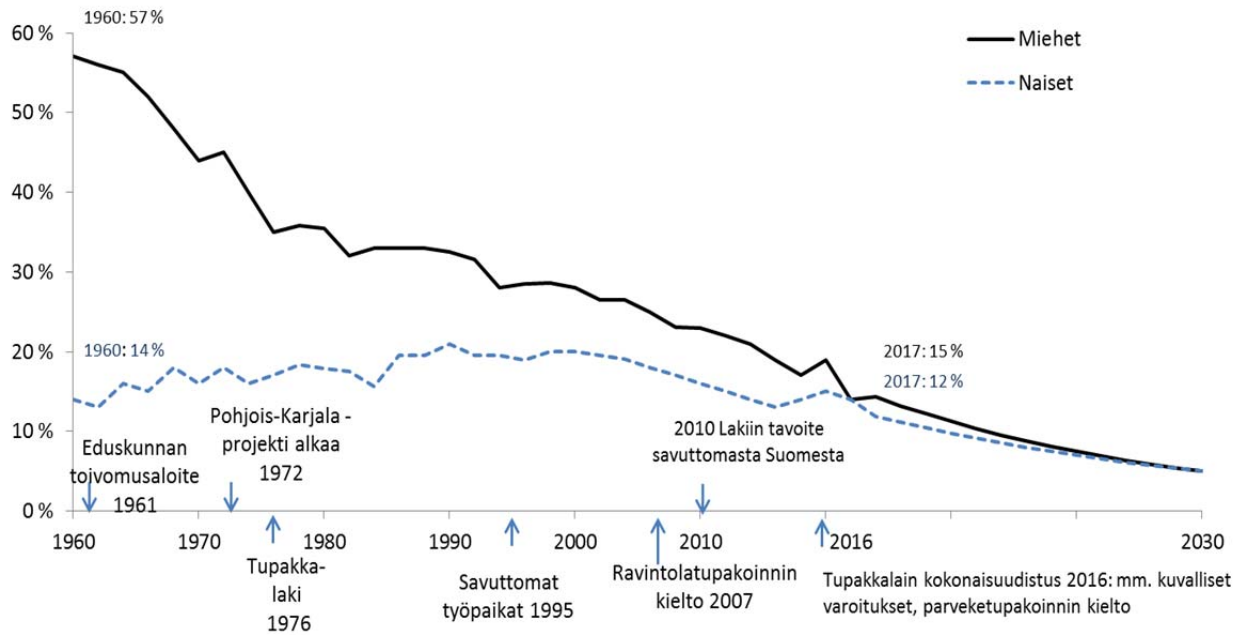
1. tupakka- ja muun lainsäädännön kehittämiseksi niin, että tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö vähenee edelleen, uusien tupakka- ja nikotiinituotteiden markkinoille tulo estyy ja tupakka- ja nikotiinituotteiden käyttö loppuu vuoteen 2030 mennessä.
2. muista tarpeellisista toimenpiteistä kohdassa 1 mainitun tavoitteen saavuttamiseksi ja ottaa ehdotuksia laatiessaan erityisesti huomioon tarpeen vähentää ja poistaa sosioekonomisia eroja tupakka- ja nikotiinituotteiden käytössä.
3. kohdassa 1 mainitun tavoitteen edistymisen seuranta- ja arviointijärjestelmäksi.

Tupakkatuotteiden käytön loppumisen tavoite (ns. endgame eli loppupeli) kirjattiin tupakkalakiin vuonna 2010 ja vuodesta 2016 alkaen tavoite on käsittänyt myös muiden nikotiinituotteiden käytön loppumisen. Tavoite katsotaan saavutetuksi, jos tupakka- tai nikotiinituotteita päivittäin käyttävien osuus on vuonna 2030 alle viisi prosenttia. Suomi on tiettävästi ainoa maa maailmassa, jossa tavoite on kirjattu lakiin ja käsittää tupakkatuotteiden käytön loppumisen lisäksi myös muut nikotiinituotteet. Lääkelain piiriin kuuluvat nikotiinituotteet on rajattu tavoitteen ulkopuolelle (Tupakkalaki 3 §).

Tupakkalain tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi työikäisessä väestössä tupakoinnin vähenemistä vuosittain kahdeksan (miehet) tai kuusi (naiset) prosenttia (Kuva 1). Vuonna 2017 Suomessa tupakoi päivittäin 20–64-vuotiaista miehistä 15 prosenttia ja naisista 12 prosenttia.¹ Vuonna 2016 suomalaisista 20–74-vuotiaista miehistä 3 prosenttia nuuskasi päivittäin. Vastaavan ikäisillä naisilla nuuskan käyttö oli lähes olematonta. Vuonna 2016 sähkösavuketta käytti 20–74-vuotiaista päivittäin yksi prosentti.

Nuorista 14–18-vuotiaista tytöistä ja pojista tupakoi vuonna 2017 päivittäin seitsemän prosenttia.² Jos huomioidaan myös nuuskaaminen, tupakkatuotteita käytti päivittäin pojista 10 ja tytöistä kahdeksan prosenttia. Sähkösavukkeiden päivittäinen käyttö on 14–18-vuotiailla nuorilla harvinaista.

Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittämistyöryhmä antoi Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) toimeksiannon selvityksestä, johon kuuluu kansainvälinen katsaus tehokkaista toimista tupakkalain tavoitteen saavuttamiseksi ja toimivasta seuranta- ja arviointijärjestelmästä. Tässä julkaisussa esitetään selvityksen tulokset. Selvitys luovutettiin työryhmälle 10.4.2018 ja julkaistiin THL:n Työpaperi -sarjassa 31.5.2018 työryhmän toimikauden päättyessä.



Kuva 1. Päivittäinen tupakointi työikäisessä väestössä ja keskeisiä tupakkapoliittisia toimenpiteitä 1960–2017. Vuosittainen tupakoinnin yleisyyden muutoksen mallinnus vuosille 2018–2030, jotta tupakkalain tavoite saavutettaisiin (Lähde: THL)

2 Selvityksen menetelmät

Selvitystä varten käytiin läpi merkittävimpiä säännöllisin aikavälein päivitettäviä kansainvälisen vertailun sisältäviä katsauksia ja raportteja tupakkapolitiikasta ja tupakkapoliittisista toimenpiteistä. Näitä ovat Maailman terveysjärjestön WHO:n tupakoinnin torjuntaa koskevan puitesopimuksen (Framework Convention on Tobacco Control, WHO FCTC; myöh. tupakkapuitesopimus)³ toimeenpanoon keskittyvä WHO FCTC Global Progress Report⁴, WHO:n kaikkia jäsenmaita koskeva WHO Report on the Global Tobacco Epidemic⁵ sekä The Tobacco Control Scale in Europe,⁶ jota julkaisee The Association of European Cancer Leagues. Kaikista näistä hyödynnettiin erityisesti Suomea koskevia arvioita tai erillisiä maaraportteja.

Pohjoismaista Norjalle ja Tanskalle on tehty WHO:n ja ulkopuolisten asiantuntijoiden arviot maiden tupakkapolitiikan kapasiteetista.^{7,8} Arviointiraportit käytiin läpi keskittyen maiden tupakkapolitiikasta tunnistettuihin ongelma-kohtiin ja suosituksiin tupakkapolitiikan kehittämiseksi suhteessa Suomessa toteutettuihin tupakkapoliittisiin toimenpiteisiin. Näiden jälkeen haettiin tietoja muiden ns. endgame-tavoitteen asettaneiden maiden linjauksista ja ohjelmista. Näitä maita ovat Suomen ohella Ruotsi, Norja, Tanska, Irlanti, Skotlanti, Uusi-Seelanti, Australia ja Kanada.^a Lisäksi tarkasteltiin endgame-tavoitteisiin liittyviä uusia lähestymistapoja, joita käsiteltiin omana osionaan vuoden 2015 The Tobacco Atlas -julkaisussa⁹ sekä McDanielin ja kumppanien katsauksessa vuodelta 2016.¹⁰

Kansainvälisistä lähteistä pyrittiin tunnistamaan erityisesti toimenpiteitä, joita suomalaisessa tupakkapolitiikassa ei ole vielä hyödynnetty lainkaan tai täysimääräisesti. Mikäli tällaisia toimenpiteitä löydettiin, niistä haettiin maaesimerkkejä sekä tutkimusnäyttöä kansainvälisistä tutkimustietokannoista (esim. PubMed, Ebsco Discovery Service). Tutkimusnäytön osalta hyödynnettiin myös Uudessa-Seelannissa ASPIRE-tutkimusryhmän toteuttamaa tutkimuskatsausta uusista tupakkapoliittisista toimenpiteistä.¹¹

Suomen osalta käytiin läpi sekä STM:n tupakkapoliittinen toimenpideohjelma vuodelta 2014¹² että vuodelta 2013 olevat Savuton Suomi -verkoston tupakkapolitiikan kehittämistyöryhmän ehdotukset,¹³ tarkastellen onko niissä esiin nostettuja toimenpiteitä toteuttamatta.

Toimivaa seuranta- ja arviointijärjestelmää koskevaa selvitystä varten käytiin läpi WHO:n julkaisut WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2017⁵ ja Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic,¹⁴ joissa on esitetty mitä kattava ja toimiva tupakoinnin monitorointi- ja seurantajärjestelmä pitää sisällään. Lisäksi selvitykseen koottiin tietoa Suomen nykyisestä monitorointi- ja seurantajärjestelmästä ja saatavilla olevista indikaattoreista.

^a Hallituksen virallinen tavoite näistä maista on Suomella, Irlannilla, Kanadalla, Skotlannilla ja Uudella-Seelannilla.

3 Tupakkapoliittiset toimenpiteet

3.1 Kansainvälisen tupakkapuitesopimuksen WHO FCTC:n toimeenpano

Vuonna 2003 hyväksytty tupakkapuitesopimus on ensimmäinen kansanterveyteen keskittyvä maita sitova kansainvälinen sopimus.³ Suomi ratifioi tupakkapuitesopimuksen tammikuussa 2005 ja se astui voimaan huhtikuussa 2005. Sopimus velvoittaa osapuolia suojelemaan ihmisiä tupakansavulle altistumiselta, sääntelemään tupakkatuotteiden sisältöä, tuotetietojen antamista sekä pakkausmerkintöjä. Lisäksi tupakkatuotteiden kysynnän vähentämiseksi tulee tarjota koulutusta, tietoa ja tukea tupakoinnin lopettamiseksi. Sopimus kieltää tupakkatuotteiden myynnin alaikäisille sekä tupakan mainonnan. Lisäksi se velvoittaa torjumaan salakuljetusta, tekemään kansainvälistä yhteistyötä ja seuraamaan tupakoinnin yleisyyttä sekä suojelemaan kansanterveyspolitiikkoja tupakkateollisuuden intresseiltä. Valtioita kannustetaan toteuttamaan myös sopimusta pidemmälle meneviä toimenpiteitä muun muassa vero- ja hintapolitiikan osalta. Sopimus on luonteeltaan kehysopimus, jota voidaan täydentää lisäpöytäkirjoin ja toimeenpano-ohjein.

Jäsenmaiden on toimitettava tietoja sopimuksen toimeenpanosta joka toinen vuosi puitesopimuksen sihteeristölle. Yhteenveto sekä artiklakohtaiset tulokset julkaistaan WHO FCTC Global Progress Report -julkaisuissa, joista viimeisin on vuodelta 2016.⁴ Lisäksi maiden toimittamat raportit julkaistaan erillisessä WHO FCTC Implementation Database -tietokannassa.^b Suomi täyttää toimeenpanoraportin perusteella valtaosan sopimuksen vaatimuksista ja suosituksista. Vuoden 2016 toimeenpanoraportissa Suomi on vastannut kielteisesti seuraaviin relevantteihin kohtiin:

- Artikla 6: Määrätyn osuuden korvamerkitseminen tupakkaveron tuotosta kansallisen tupakoimattomuuden edistämisen suunnitelman tai strategian rahoittamiseen
- Artikla 5.2: Kansallisen tupakoimattomuuden edistämisen koordinaatiomekanismin luominen tai vahvistaminen ja rahoittaminen
- Artikla 5.3 (ja artikla 12): Sen varmistaminen, että kansalaisilla on pääsy julkisen tietokannan tai muun välityksellä tupakkateollisuutta koskeviin tietoihin
- Artikla 12:
 - Terveyshaitoista, riippuvuudesta sekä tupakoinnin lopettamisesta tietoa ja tietoisuutta lisäävien ohjelmien räätälöinti etnisille vähemmistöille
 - Kohderyhmän kulttuurisen taustan huomioiminen tietoa ja tietoisuutta lisäävissä ohjelmissa
 - Seuraavien aiheiden käsittely tietoa ja tietoisuutta lisäävissä ohjelmissa
 - Tupakantuotannon kielteiset taloudelliset vaikutukset
 - Tupakantuotannon kielteiset ympäristövaikutukset
 - Tupakankulutuksen kielteiset ympäristövaikutukset
 - Tupakoimattomuuden edistämiseen liittyvän koulutuksen ja tietoisuutta lisäävien ohjelmien suuntaaminen
 - Sosiaalityöntekijöille
 - Media-alan ammattilaisille
- Artikla 13:
 - Tupakan tai tupakkatuotteiden käytön esittäminen viihdemediassa
- Artikla 14:
 - Nikotiinikorvaushoidon korvattavuus
 - Bupropionin korvattavuus
- Artikla 16: Tupakkatuotteiden muodossa olevien karkkien, herkkujen, lelujen tms. valmistuksen ja myynnin kieltö

^b <http://untobaccocontrol.org/impldb/>

Suomi ei ole myöskään ilmoittanut käyttävänsä tupakan hintaa ja verotusta koskevan artikla 6 toimeenpano-ohjeita, eikä pakkauksia ja pakkausmerkintöjä koskevan artikla 11 toimeenpano-ohjeita.^c Lisäksi seuraavat artikkelit Suomi ilmoittaa vain osittain toimeenpannuiksi:

- Artikla 8: Ympäristön tupakansavulle altistumiselta suojeleminen
- Artikla 14:
 - Maksuttomat tupakasta vieroituksen palvelut
 - Varenikliinin korvattavuus

3.2 MPOWER-työkalun toimeenpano

Vuoden 2017 **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic** -katsauksessa⁵ eri maiden tupakkapoliittisia toimenpiteitä luokitellaan ja arvioidaan WHO:n kehittämän MPOWER-työkalun avulla. Työkalun tarkoituksena on auttaa maita toimeenpanemaan tupakkapuitesopimus. MPOWER koostuu kuudesta eri osaluueesta:

- monitorointi (**M**onitor tobacco use and prevention policies),
- tupakansavulta suojaaminen (**P**rotect people from tobacco smoke),
- tupakoinnin lopettamisen tuki (**O**ffer help to quit tobacco use),
- tupakan haitoista varoittaminen (**W**arn about the dangers of tobacco),
- mainonta- ja markkinointikiellot (**E**nforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship),
- tupakkaverotus (**R**aise taxes on tobacco).

Vuoden 2017 raportti on sarjassaan kuudes. Tupakkapolitiikan kehitys on ollut maailmanlaajuisesti tarkasteltuna merkittävää. Julkaisusarjan aloittaessa vuonna 2008 vain 42 maassa oli käytössä vähintään yksi arvioinnin parhaalle tasolle yltävä MPOWER-työkalun osa. Vuoden 2017 raportin julkaisun aikaan vastaava maiden lukumäärä oli 121. Kahdeksassa maassa on nykyisin käytössä jo vähintään neljä arvioinnin parhaalle tasolle yltävää MPOWER-työkalun osaa. Nämä maat ovat Brasilia, Iran, Irlanti, Madagaskar, Malta, Panama, Turkki ja Iso-Britannia. Ainoastaan yksi maa yltää arvioinnissa parhaalle tasolle kaikissa kuudessa kohdassa. Kyseinen maa on Turkki ja se on saavuttanut tason vuonna 2012.^d

Suomi yltää WHO:n arvioinnissa parhaalle tasolle kolmella MPOWER-osa-alueella. Näitä ovat monitorointi, tupakan verotus ja tupakan haitoista varoittaminen. Tupakkamonitoroinnin kohdalla parhaalle tasolle nousemiseen riittää, että maassa on saatavilla viimeaikaista^e väestöä edustavaa aineistoa sekä aikuisilta että nuorilta ja aineistonkeräys toistetaan vähintään viiden vuoden välein. Tupakkaverotuksen osalta parhaalle tasolle nousemiseen riittää, että tupakan vähittäismyyntihinnasta yli 75 prosenttia koostuu veroista. Suomessa ei ole käytössä arvioinnissa mukana olevaa tupakkapakkausten veroleimaa, mikä ei kuitenkaan vaikuta Suomen luokitukseen.

Haitoista varoittaminen on noussut parhaalle tasolle Suomessa viimeisimpänä, vuoden 2016 tupakkalain kokonaisuusdistuksen ja kuvallisten terveystietojen käyttöönoton myötä. Massamediakampanjoita, joka on toinen kokonaisuus haitoista varoittamisen osa-alueella, WHO ei ole raportissaan Suomen osalta arvioinut, koska tietoja ei sen mukaan ole ollut saatavilla. Suomen luokitus parhaalle tasolle haitoista varoittamisessa perustuu siis pelkästään tupakkapakkausten varoitusmerkintöjä koskevaan sääntelyyn. Suomen tupakkapakkausten terveystietojen koskeva sääntely ei täytä kaikkia WHO:n arvioinnissa mukana olevia kohtia. Seuraavia tämän osa-alueen suosituksia ei Suomen osalta ole käytössä:

- Terveystietojen koskevan sääntelyn täysi soveltaminen myös ulkomaanliikenteen verottomien tupakkalain alaisten tuotteiden myyntiin
- Kirjaus tupakkalain mukaan että varoitusmerkinnät eivät poista tai vähennä tupakkateollisuuden vastuuta

^c Toimeenpano-ohjeiden tiivistelmiä on suomennettu Tupakkasopimus tutuksi -julkaisussa³

^d WHO:n arvio Turkista: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/tur.pdf?ua=1

^e Kerätty vuonna 2011 tai myöhemmin.

- Tupakkapakkausten ainesosia ja päästöjä koskevan laadullisen tiedon^f paikan määrittäminen näkyvälle paikalle
- Parasta ennen -merkintöjen kielto tupakkapakkauksissa
- Tupakoinnin lopettamisen neuvontapuhelimen numero tupakkapakkauksissa^g
- Yhdenmukaiset tupakkapakkaukset (ns. plain packaging).

Tupakoinnin lopettamisen tuen osalta Suomi on arvioitu toiseksi parhaalle tasolle. Tämä tarkoittaa luokituksessa sitä, että saatavilla on nikotiinikorvaushoitoa ja/tai joitakin tupakasta vieroituksen tukipalveluita, joista ainakin toisen kuluja korvataan. Luokituksessa parhaalle tasolle arvioidaan maat, joissa on saatavilla kansallinen neuvontapuhelin tupakoinnin lopettamisen tueksi (ns. quitline) ja lisäksi sekä maksutonta nikotiinikorvaushoitoa että joitakin vieroituksen tukipalveluita. Suomen osalta luokituksen parhaalle tasolle nousu edellyttäisi käytännössä lääkekorvauksen laajentamista nikotiinikorvaushoitotuotteisiin maksuttomien tupakasta vieroituksen tukipalveluiden rinnalle, koska neuvontapuhelin on Suomessa jo toiminnassa. Suomessa Lääkkeiden hintalautakunta (Hila) on vahvistanut korvattavuuden yhdelle varenikliinilääkkeelle.^h Valmiste on rajoitetusti peruskorvattava.

Myös mainonta- ja markkinointikieltojen osalta Suomi on arvioitu toiseksi parhaalle tasolle. Tämä tarkoittaa luokituksessa sitä, että kielto on voimassa kansallisessa televisiossa, radiossa ja printtimediassa sekä joissakin mutta ei kaikissa suoranⁱ ja/tai epäsuoran^j mainonnan keinoissa. Luokituksessa parhaalle tasolle arvioidaan maat, joissa kaikki mainituista suoran ja epäsuoran tupakkamainonnan muodoista on kielletty. Suomi täyttää kaikki luokitukseen vaikuttavat suoraa mainontaa koskevat vaatimukset, mutta yhtä luokitukseen vaikuttavaa epäsuoran markkinoinnin keinoa Suomen tupakkalaki ei kata: tupakkatuotteiden esittäminen televisiossa ja/tai elokuvissa.^k

Heikointen Suomi pärjää arvioinnissa savuttomien ympäristöjen osalta. Neliportaisessa luokituksessa painotetaan täysin savuttomia tiloja, koska parhaatkin ilmastoidut tupakointitilat luovat mahdollisuuden altistua tupakansavulle sisätiloissa. Suomi on tupakkalain tupakointitilapoikkeusten johdosta asetettu arvioinnissa alimmalle tasolle, johon kuuluvat maat, joissa ei ole lainkaan tupakointikieltoja tai on korkeintaan kaksi täysin savutonta ympäristöä.^l Parhaalle tasolle nouseminen edellyttäisi yksiselitteisesti tupakointitilapoikkeuksista luopumista kaikissa luokitukseen vaikuttavissa ympäristöissä. Mikäli tupakointitiloja halutaan säilyttää, Suomella on mahdollisuus nousta luokituksessa:

- a) toiseksi ylimmälle tasolle, jossa tiukasti säädeltyjä tupakointitiloja saa olla alle viidessä ympäristössä ja täysin savuttomia ympäristöjä on oltava 6–7 (tämä tarkoittaisi tupakointitilojen sallimista enää esimerkiksi ravintoloissa sekä kahviloissa, pubeissa ja baareissa)

^f Suomessa laadullinen tieto tarkoittaa tiedotusviestiä ”Tupakansavussa on yli 70 tunnetusti syöpää aiheuttavaa ainetta” <http://www.valvira.fi/tupakka/myynti/pakkausmerkinnat/tupakkatuotteet>

^g Suomessa vaadittava teksti on ”Tukea lopettamiseen: www.tupakkainfo.fi.” Sivusto on THL:n ylläpitämä. Neuvontapuhelimen numero löytyy sivulta muun tupakoinnin lopettamista koskevan tiedon ohella. <http://www.valvira.fi/tupakka/myynti/pakkausmerkinnat/tupakkatuotteet>

^h Korvattavat myyntiluvalliset lääkevalmisteet 2018 <http://www.hila.fi/fi/tiedotteet-ja-luettelot/luettelot/korvattavat-myyntiluvalliset-laakevalmisteet>

ⁱ Arvioinnissa suoriutumiseen tasoon vaikuttavat suoran markkinoinnin kiellot: a) kansallinen televisio ja radio b) paikalliset sanomalehdet ja aikakauslehdet c) mainostaulut ja ulkomainonta d) sisätiloissa myyntipaikoissa tapahtuva mainonta (point of sale).

^j Arvioinnissa suoriutumiseen tasoon vaikuttavat epäsuoran markkinoinnin kiellot: a) ilmaiset tupakkatuotenäytteet b) alennukset c) tupakkatuotteiden tuotemerkeillä identifioidut muut tuotteet (brand stretching) d) muiden kuin tupakkatuotteiden tuotemerkin käyttäminen tupakkatuotteissa (brand sharing) e) tupakan tuotemerkin tuotesijoittelu tai tupakkatuotteiden näkyvyys televisiossa ja/tai elokuvissa f) sponsorointi

^k WHO:n arviossa on Suomen osalta tässä osa-alueella virheitä: arvion mukaan Suomessa ei ole esilläpitokieltä eikä muita epäsuoran markkinoinnin kieltoja. Suomen esilläpitokiellossa tosin on poikkeus kansainvälisessä meriliikenteessä käytettäville aluksille.

^l Luokitukseen vaikuttavat tupakointikiellot seuraavissa ympäristöissä: terveydenhuolto; koulut ja oppilaitokset pl. yliopistot; yliopistot; julkishallinnon tilat; toimistot ja työpaikat; ravintolat; kahvilat, pubit ja baarit; julkinen liikenne. Suomessa tupakkalaki sallii tupakointitilat 7:ssä arvioiduista 8:sta ympäristöstä.

- b) toiseksi alimmalle tasolle, jossa tiukasti säädeltyjä tupakointitiloja saa olla alle viidessä ympäristössä ja täysin savuttomia ympäristöjä on oltava 3–5 (tämä tarkoittaisi tupakointitilojen sallimista enää esimerkiksi työpaikoilla, ravintoloissa sekä kahviloissa, pubeissa ja baareissa)

Varsinaisen MPOWER-työkalun osa-alueiden lisäksi WHO luokittelee maita sen perusteella, miten ne täyttävät tupakkapuitesopimuksen artikla 5:n vaatimukset kansallisesta koordinaatiosta. Artiklan mukaan jokaisen sopimukseen sitoutuneen maan on laadittava, toteutettava, ajoittain päivitettävä ja tarkistettava kansallisia tupakoinnin vastaisia strategioita, suunnitelmia ja ohjelmia. Tätä päämäärää varten maiden on perustettava ja rahoitettava kansallinen tupakoinninvastainen koordinoitumekanismi tai tietokeskuksia. Vaikka maakohtaisia luokituksia koordinaation toteutumisesta raportissa ei anneta, on luokituksen yleiset perusteet kuvattu. Suomi sijoittuisi luokitustietojen perusteella toiseksi parhaalle tasolle, johon kuuluvilla mailla on olemassa kansallinen taho tai yksikkö, jolle on asetettu vastuita tupakoimattomuuden edistämiseksi ja jossa työskentelee alle viisi henkilöä kokoajaisesta.^m Parhaalle tasolle yltämiseen edellytettäisiin vähintään viiden henkilön työskentelyä kokoajaisesta kyseisessä yksikössä.

3.3 Eurooppalainen tupakkapolitiikan vertailu

Euroopassa The Association of European Cancer Leagues on kerännyt tietoja maiden tupakkapolitiikan tasosta ja kehityksestä vuodesta 2004 European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP) -verkoston yhteyshenkilöiltä. Tuorein **The Tobacco Control Scale in Europe** -raportti tiedonkeruun tuloksista on vuodelta 2016.⁶ Siihen kerättiin tietoja 35 maalta: 27 EU-jäsenmaata sekä Sveitsi, Islanti, Norja, Turkki, Kroatia, Serbia, Ukraina ja Venäjä. Tiedonkeruussa käytetään arviointiskaalaa, jonka avulla maiden politiikat pisteytetään. Skaala perustuu kuuteen Maailmanpankin painottamaan tupakoimattomuuden edistämisen politiikkaan:

- Tupakan hinnan nostaminen veronkorotuksilla
- Tupakointikiellot tai -rajoitukset julkisilla paikoilla ja työpaikoilla
- Tiedottaminen, sisältäen julkiset tiedotuskampanjat, medianäkyvyyden ja tutkimustulosten tunnetuksi tekemisen
- Kattavat mainonta- ja markkinointikiellot tupakkatuotteille, niiden logoille ja tuotemerkeille
- Suurikokoiset ja selkeät varoitusmerkinnät tupakkapakkauksissa
- Tupakkariippuvuuden hoito, sisältäen vieroituslääkkeiden käyttömahdollisuuksien ja saatavuuden parantamisen.

Vuoden 2016 arvioinnissa Suomi nousi kuudenneksi parhaaksi edeltävältä yhdeksänneltä sijaltaan. Arvioinnin kärki koostuu laskevassa järjestyksessä seuraavista maista (aiemman, vuoden 2013, sijoitus suluisa): Iso-Britannia (1), Irlanti (2), Islanti (3), Ranska (5) ja Norja (4). Pisteytyksessä suhteellisesti eniten painoa annetaan tupakan hinnalle (enint. 30 pistettä), seuraavaksi eniten tupakointikielloille (22), kampanjoiden rahoitukselle (15), mainontakielloille (13), terveysvaroituksille (10) ja hoidolle (10). Pisteytyksessä ei huomioida uusien nikotiinituotteiden sääntelyä. Pisteissä tarkasteltuna Suomi sai kokonaisuudessaan 60 pistettä, kun paras maa Iso-Britannia sai 81 pistettä.

Kokonaisuutena arvioissa nostetaan esiin huoli tupakoimattomuuden edistämisen rahoituksesta. Useat maat, myös parhaaksi arvioitu Iso-Britannia, saavat erittäin alhaiset pisteet kampanjoiden rahoittamisesta ja useassa maassa niiden rahoitus on vähentynyt. Toisena huolena nostetaan esiin tupakkateollisuuden vaiku-

^m Suomessa tupakkalain ja sen nojalla annettujen säännösten noudattamisen yleinen johto ja ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle (Tupakkalaki 4§). Tupakoinnista aiheutuvien terveysvaarojen ja -haittojen vähentämiseen liittyvä tutkimus-, seuranta- ja kehittämistyö sekä huolehtiminen valtakunnallisesta toiminnasta tupakoinnin lopettamiseksi on asetettu tupakkalaissa (5§) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäväksi. Lisäksi sen tehtäväksi on määritelty tupakkalaissa säädettyjen toimenpiteiden ja tupakkavalmisteiden vähittäismyyntihintojen muutosten vaikutusten seuranta ja tutkimus sekä sähkösavukkeiden ja täyttösäiliöiden markkinoiden kehityksen seuranta. Keväällä 2018 henkilöresurssi tehtäviin on 2,6 henkilötyövuotta ja se laskee kahteen henkilötyövuoteen vuoteen 2019 mennessä.

tus. Suomen kohdalta myönteisenä asiana nostetaan esiin tavoite savuttomasta Suomesta sekä tupakoinnin kieltö autoissa, kun läsnä on lapsia. Maakohtaisena kehityskohteena mainitaan, että yhdenmukaisia tupakkapakkauksia ei ole vielä otettu käyttöön.

Raportissa annetaan lista suosituksista, joihin maiden pitäisi sitoutua ennen vuotta 2020, jolloin seuraava arviointi toteutetaan.ⁿ Alle on nostettu suosituksista Suomelle relevantit kohdat:

- Tupakkateollisuuden vaikuttamisen estäminen tupakkapuitesopimuksen artikla 5.3 toimeenpano-ohjeiden mukaisesti
- Riittävä rahoitus kampanjointiin ja muuhun tupakoimattomuuden edistämiseen minimissään 2€ asukasta kohden vuodessa
- Tupakkapuitesopimuksen artikla 6 toimeenpano-ohjeiden toimeenpano ja uuden EU:n tupakkaverodirektiivin soveltaminen
- Kattavat tupakointikiellot tupakkapuitesopimuksen artikla 8 toimeenpano-ohjeiden mukaisesti
- Yhdenmukaiset tupakkapakkaukset
- Tupakoinnin lopettamisen tuen parantaminen tupakkapuitesopimuksen artikla 14 ja sen toimeenpano-ohjeiden mukaisesti.

3.4 Muissa Pohjoismaissa toteutetut ulkopuoliset tupakkapolitiikan arvioinnit

Norjalla on pitkä historia tupakkapolitiikan ja -lainsäädännön kehittämisessä ja se on viime vuosina myös ottanut edistysaskelia Suomea nopeammin. Vuonna 2010 Norjan terveysministeriön pyynnöstä ryhmä kansallisia, kansainvälisiä ja WHO:n asiantuntijoita haastatteli 60 henkilöä 44 organisaatiosta, jotka toimivat Norjassa tupakoimattomuuden edistämisen parissa. Aineiston pohjalta asiantuntijat nostivat esiin keskeisiä haasteita maan tupakkapolitiikassa ja antoivat niiden pohjalta kehitysehdotuksia.⁷ Norjalle annettiin viisi keskeistä suositusta:

- Terveysministeriön pitää ottaa selkeämmin johtajuus tupakoimattomuuden edistämisessä, sisältäen inhimillisten ja taloudellisten resurssien varmistamisen työlle kansallisella, maakunnan ja kunnan tasoilla.
- Terveysministeriön pitää sitoutua uudestaan näyttöön perustuviin massamediakampanjoihin, viestintämateriaalien testaamiseen ja arviointiin ja toteuttaa niitä korkealla intensiteetillä eri mediavälineissä. Kampanjoita pitäisi olla 2–3 joka vuosi, myös laajalle yleisölle erityisryhmiin kohdistamisen sijaan.
- Kaikkia työntekijöitä ja kansalaisia tulee suojella tupakansavulta altistumiselta poistamalla tupakointitilat sekä luomalla selkeät ja kattavat määritelmät olennaisille käsitteille (esim. sisätila) ja otamalla käyttöön tehokkaat seuranta- ja valvontastrategiat.
- Vanhemmille tulee suunnata massamediakampanja lasten tupakansavualtistukselta suojaamiseksi.
- Tupakasta vieroitus pitää olla todellinen prioriteetti kansallisessa strategiassa tupakoimattomuuden edistämiseksi (2011–2015) ja siihen pitää turvata taloudelliset resurssit. Ensimmäisenä askeleena neuvontapuhelimen ja verkossa olevien materiaalien potentiaali pitää maksimoida yhdessä kuvallisten varoitusmerkintöjen ja massamediakampanjan kanssa. Vieroitusstrategian pitää keskittyä vahvan kansallisen, alueellisen ja paikallisen rakenteen kehittämiseen lyhyiden vieroitusinterventtioiden toteuttamiseksi kaikissa terveydenhuollon kontakteissa.

Keskeiseksi katsottujen suositusten lisäksi Norjalle annettiin muita suosituksia:

- Tupakan myynnin luvanvaraisuuden käyttöönotto
- Kuvallisten varoitusten soveltaminen kaikkiin tupakkatuotteisiin, myös nuuskaan
- Kansalaisyhteiskunnan aktiivisempi osallistuminen tupakoimattomuuden edistämiseen

ⁿ Seuraava arviointi julkistetaan vuoden 2020 European Conference on Tobacco or Health (ECToH) -konferenssissa.

- Tupakkateollisuuden toimien seuranta ja tupakkapuitesopimuksen artikla 5.3 toimeenpano-ohjeiden soveltaminen
- Poltettavien ja savuttomien tupakkatuotteiden välisen verotuseron kaventaminen.

Tanskan tupakkapolitiikka on puolestaan ollut heikompaa kuin muissa Pohjoismaissa ja tupakoinnin vähentyminen viime vuosina olematonta. Vuonna 2016 useat tanskalaiset organisaatiot käynnistivät Røgfri Fremtid -verkoston, jonka tavoitteena on, että vuonna 2030 Tanskassa enintään 5 prosenttia aikuisista eikä lapsista ja nuorista kukaan tupakoisi.⁸ Myös Tanskan hallitus hyväksyi tavoitteen savuttomasta sukupolvesta, jonka tavoitteena on etteivät lapset ja nuoret tupakoisi vuonna 2030. Vuonna 2017 Smokefree Future (Røgfri Fremtid) -verkosto käynnisti yhteistyön WHO:n Euroopan aluetoimiston (WHO Regional Office for Europe; WHO Europe) ja European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP) -verkoston kanssa arvioidakseen tupakkapuitesopimuksen keskeisten toimien toimeenpanokapasiteettia sekä kehittääkseen suosituksia Tanskan tupakkapolitiikalle. Kansalliset, kansainväliset ja WHO:n asiantuntijat toteuttivat haastatteluita keskeisten toimijoiden kanssa 40 tanskalaisesta organisaatiosta, jotka osallistuvat tupakoimattomuuden edistämiseen. Asiantuntijaryhmä tunnisti useita keskeisiä haasteita Tanskan tupakkapolitiikassa ja suositteli seuraavia toimenpiteitä:

- Kokonaisvaltaisen, kattavan strategian kehittäminen ja suunnitelman toimeenpano vuodelle 2030 asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi
- Tupakkaveron korottaminen
- Yhdenmukaisten tupakkapakkausten käyttöönotto ja tupakan esilläpitokielto
- Täysin savuttomat ympäristöt kaikissa opiskeluympäristöissä, yksityisen päivähoidon tiloissa, työpaikoilla, baareissa, sekä kaikissa muissa julkisissa tiloissa
- Kansanterveyspolitiikkojen suojelu tupakkateollisuuden vaikutukselta
 - Julkisen sektorin virkamiesten vuorovaikutus tupakkateollisuuden edustajien kanssa sallitaan ainoastaan silloin, kun se on sääntelyn kannalta välttämätöntä. Kaiken tupakkateollisuuden kanssa käytävän vuorovaikutuksen on oltava läpinäkyvää.
 - Kaikki tupakkamainonta, -markkinointi ja sponsorointi kielletään.
 - Tupakkapuitesopimuksen lisäpöytäkirja tupakkatuotteiden laittoman kaupan estämiseksi ratifioidaan. Tupakkateollisuuden kanssa ei muodosteta kumppanuuksia.

3.5 Tie savuttomaan Suomeen – tupakkapoliittinen toimenpideohjelma

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2014 julkaistussa tupakkapoliittisessa toimenpideohjelmassa¹² listattiin useita toimenpiteitä tupakkalain tavoitteen saavuttamiseksi. Niistä ovat toistaiseksi toteuttamatta tai vain osittain toteutettuna seuraavat toimenpiteet, julkaisun esitysjärjestyksen mukaisesti:

- Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistämisen strategian päivittämisestä tulisi päättää (arvioitiin on toteutettu vuonna 2015).¹⁵
- Vähittäismyyntipakkaukset tulisi yhdenmukaistaa tuotemerkittömiksi yleispakkauksiksi.
- Tupakkatuotteiden käyttö tulisi kieltää pääasiassa alaikäisille tarkoitetuissa tilaisuuksissa ja tapahumissa kuten rippileireillä ja leirikouluissa.
- Tupakkatuotteiden matkustajatuonnin enimmäismääristä ja muista säännöistä tulisi toteuttaa tiedotuskampanja.
- Eri kohderyhmille räätälöityjä viestintäkampanjoita tulisi toteuttaa säännöllisesti vahvistamaan toimenpiteiden vaikutusta.
- Terveystieteidenhuollossa tupakasta vieroitusta tulisi tarjota kaikille tupakoijille ja hoitoketjun tulisi toimia sujuvasti perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja erikoissairaanhoidossa.
- Sote-alueille tulisi keskittää tupakkariippuvuuden hoidon erityisosaaminen.
- Terveystieteidenhuollon henkilöstön osaamista sekä perus- ja täydennyskoulutusta tupakkariippuvuuden hoidossa tulisi parantaa.

- Tupakkatuotteiden käyttö, tarjottu lopettamisen tuki ja lopettamisyrietykset tulisi kirjata sähköiseen asiakastietojärjestelmään terveydenhuollon kontakteissa.
- Tupakkariippuvuuden hoitoon tulisi olla maksuttomia, helposti saatavilla olevia matalan kynnyksen palveluja.
- Tupakasta vieroituksessa tulisi toteuttaa kohdennettuja menetelmiä ja lähestymistapoja eri ryhmille.
- Tupakkariippuvuuden hoitoon käytettävät lääkkeet tulisi korvata sairausvakuutuksesta.
- Nikotiinivalmisteiden myynnin kytkeminen tupakkatuotteiden myyntiin tulisi poistaa lääkelaista.
- Savuttoman tilan määritelmä tulisi tarkentaa määrittelemällä sisätilaksi sellainen tila, jossa on katto ja yksi tai useampia seiniä materiaalista riippumatta sekä riippumatta siitä, onko kyseessä väliaikainen tai pysyvä ratkaisu (tupakkapuitesopimuksen artiklan 8 toimeenpano-ohje).
- Tupakkatuotteiden käyttö tulisi kieltää leikkipuistoissa, huvipuistoissa ja uimarannoilla.
- Uusien tupakkatuotteiden maahantuonti ja myynti kielletään.
- Väestöä koskevien tietojärjestelmien toiminta tulisi varmistaa siten, että ne jatkossakin tuottavat tietoa tupakkatuotteiden käytöstä, lopettamisesta ja niihin yhteydessä olevista taustatekijöistä.
- Toimenpideohjelman toteutus raportoidaan, arvioidaan ja päivitetään vähintään joka viides vuosi. Arvioinnista tehdään erillinen suunnitelma.

3.6 Savuton Suomi -verkoston tupakkapolitiikan kehittämistyöryhmän ehdotukset

Savuton Suomi -verkoston tupakkapolitiikan kehittämistyöryhmän vuonna 2013 esittämistä ehdotuksista¹³ seuraavia ei ole toteutettu, julkaisun esitysjärjestyksen mukaisesti:

- Tupakkalain savuttoman tilan määritelmä muutetaan tupakkapuitesopimuksen artiklan 8 toimeenpano-ohjeiden mukaiseksi: Sisätila on sellainen tila, jossa on katto ja yksi tai useampia seiniä materiaalista riippumatta sekä riippumatta siitä, onko kyseessä väliaikainen tai pysyvä ratkaisu.
- Tupakkalain tupakointitiloja koskevat säännökset kumotaan
- Tupakkatuotteiden käyttö kielletään leikkipuistoissa ja -kentillä, uimarannoilla, bussikatoksissa, nuorille tarkoitetuilla leireillä (esim. rippileirit) sekä kunnallisissa ja valtionrahoitteisissa vuokra-asunnoissa.
- Lapsille ja nuorille tarkoitettut ulkotapahtumat sekä käytössä olevat urheilukentät ja -paikat säädetään tupakkalalla savuttomiksi.
- Asuinkiinteistöjen sisäilman tupakansavulta suojaamista koskevat säädökset siirretään terveyden- suojelulaista tupakkalakiin.
- Tupakkalaissa säädetään asuinkiinteistön omistajalle /hallitukselle velvollisuus suojella asukkaita sisäilman tupakansavuaaltistukselta asuinkiinteistön sisätiloissa ja rakennukseen rajoittuvilla ulko- alueilla.
- Tupakkalaissa säädetään kunnille ja muille julkisyhteisöille oikeus kieltää ja rajoittaa tupakkatuotteiden käyttöä omistamallaan ja hallinnoimallaan ulkoalueilla.
- Tupakkatuotteille määritellään minimihinta siten, että halvimman ja kalleimman tuotteen hintaero on enintään 10 prosenttia kalleimman tuotteen hinnasta.
- Irtotupakan vero määritellään siitä käärittävien savukkeiden määrän perusteella siten, että käärittävän savukkeen hinnaksi tulee sama kuin halpasavukkeen hinta.
- Lasten ja nuorten suojelemiseksi tupakkatuotteiden käytöltä valmistellaan ja toimeenpannaan kokonaisvaltainen toimenpideohjelma. Ohjelman valmistelu, toimeenpanon varmistaminen ja koordinointi määrätään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäväksi.
- Säädetään tupakkalakiin seuraamukset tupakkatuotteiden hallussapitokiellon rikkomisesta.
- Tupakan vastikkeen ja jäljitelmän maahantuonti ja luovuttaminen alle 18-vuotiaille kielletään.
- Tupakkariippuvuuden hoito itsenäisenä toimenpiteenä tai osana muun sairauden hoitoa säädetään tupakkalalla työterveyshuollon, kunnan kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon tehtäväksi.

- Tupakkariippuvuuden hoitoon käytettävät lääkeaineet otetaan sairausvakuutuksen lääkekorvauksen piiriin.
- Perustetaan yliopistosairaaloiden perusterveydenhuollon yksiköiden yhteyteen osaamiskeskuksia, jotka tukevat perusterveydenhuoltoa tupakkariippuvuuden hoidossa.
- Seurataan ja arvioidaan Käypä hoito -suositusten mukaisen tupakasta vieroitushoidon toteutumista perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä päihde- ja sosiaalihuollossa.
- Tupakkatuotteet määritellään tupakkalailla ei-normaaleiksi kulutushyödykkeiksi eikä niitä rinnasteta lisäaineiden käytön osalta elintarvikkeisiin.
- Tupakkalailla veloitetaan valmistamaan tupakkatuotteet siten, ettei niistä aiheudu elimistöön riippuvuutta aiheuttavia ja ylläpitäviä, korkeita nikotiinipitoisuuksia.
- Tupakkatuotteiden happamuutta (pH) ja makua muuttavien aineiden sekä puudutteen käyttö ja sokereiden lisääminen tupakkatuotteisiin (tupakkaosio, paperi ja suodatin) kielletään.
- Tupakan tumpien ja tupakkajätteiden keräyksestä, loppukäsittelystä ja valmistajan vastuusta säädetään lailla.
- Tupakkatuotteiden pakkauksiin lisätään näkyvä merkintä niiden ympäristövaarallisuudesta.
- Perustetaan julkisoikeudellinen vakuutusjärjestelmä, josta korvataan kunnille tupakkatuotteiden käytöstä aiheutuvien sairauksien hoito, kun nikotiiniriippuvuus on todettu yleisesti hyväksytyillä testeillä. Vakuutuksesta korvataan kunnille myös tupakkatuotteiden käytön vieroituksesta aiheutuvat kustannukset.
- Vakuutusjärjestelmä rahoitetaan tupakkatuotteiden valmistajilta tai heidän edustajiltaan ja maahan-tuojilta perittävillä vakuutusmaksuilla.
- Tupakkatuotteiden maahantuonti ja tukkumyynti tehdään luvanvaraiseksi sekä lupa ja valvonta maksulliseksi.
- Uusien tupakkatuotteiden, tupakan vastikkeiden ja tupakkaa jäljittelevien tuotteiden maahantuonti, myynti ja muu luovuttaminen kielletään.
- Kaikkien suussa käytettävien tupakkatuotteiden maahantuonti, myynti ja muu luovuttaminen kielletään.
- Tupakkatuotteiden, tupakan vastikkeiden ja tupakkajäljitelmien internetmyynti ja matkustajatuonti (tax-free) kielletään.
- Tupakkatuotteiden vähittäismyyntipaikkojen määrää rajoitetaan voimakkaasti siten, että vuoteen 2020 mennessä tupakkatuotteiden myyntipaikkojen määrä on vähentynyt 500 myyntipaikkaan.
- Tupakkatuotteiden ostoikäraja- ja myyntikieltorikkomusten seuraamukset yhdenmukaistetaan alkoholijuomien vastaavien säännösten kanssa.
- Kaikki tupakkatuotteiden vähittäismyyntipakkaukset yhdenmukaistetaan.
- Tupakkatuotteiden pakkauksiin laitetaan terveystietoisuuskäsitteet, jotka peittävät pakkauksen jokaisesta pinnasta vähintään 90 prosenttia.
- Tupakkalain mainonta- ja myynninedistämiskielto säädetään koskemaan myös tupakointia ja muuta tupakkatuotteiden käyttöä.
- Tupakkatuotteita, tupakan jäljitelmiä, vastikkeita sekä tupakointikohtauksia ja tupakointia esittävät elokuvat ja kuvataallenteet merkitään kielletyksi alaikäisiltä 18 vuoden ikärajalla. Säädos ei koske elokuvia, jotka esittävät selkeästi tupakoinnin terveysvaaroja tai jos niissä esitetään historiallisen henkilön tupakointia luonnollisessa yhteydessä.
- Luodaan keskitetysti koko maan kattavia viestintäkampanjoita tupakkatuotteiden käytön aiheuttamasta riippuvuudesta ja siihen liittyvistä terveysriskeistä, ympäristön tupakansavulle altistumisesta, tupakkatuotteiden käytön lopettamisesta sekä tupakoimattomuuden eduista.
- Kampanjoille sovitaan 2–3 kärkeä, joiden vaikuttavuus pystytään arvioimaan.
- Kampanjat suunnitellaan yhdessä tupakkapolitiikan, tupakkatuotteiden käytön vähentämisen ja markkinointiviestinnän asiantuntijoiden kanssa.
- Yleistä viestintäkampanjaa tuetaan kohderyhmittäisillä kampanjoilla.

- Viestintäkampanjoihin osoitetaan valtion talousarviossa vuotuinen neljän miljoonan euron määräraha seuraavan kymmenen vuoden ajan ja määräraha sidotaan elinkustannus-indeksiin vuoden 2013 lähtötasolla.
- Kampanjoiden suunnitteluun, koordinointiin, toteutumisen seurantaan ja raportointiin asetetaan tupakoinnin vähentämistyön asiantuntijaryhmä ja vastuutaho.
- Kampanjoiden toteutus ja koordinaatiovastuu säädetään Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäväksi ja siihen osoitetaan riittävä rahoitus.
- Kampanjoiden toimeenpano ja vaikutus arvioidaan säännöllisesti.
- Varmistetaan väestöä koskevien tietojärjestelmien toiminta siten, että ne tuottavat tietoa tupakatuotteiden ja -jäljitelmiä käytöstä, hankinnasta, mainonnasta ja myynninedistämisestä, tupakatuotteiden käytön lopettamisesta, käytöstä aiheutuvista sairauksista, sairastavuudesta ja niistä syntyvistä kustannuksista sekä jakautumisesta eri väestöryhmiin.
- Tupakkalaissa kielletään kaikkien uusien nikotiinia sisältävien tuotteiden maahantuonti, myynti ja muu luovuttaminen lukuun ottamatta lääkelain ja torjunta-ainelain alaisia tuotteita.
- Kaikki nikotiinivalmisteet käsitellään ennen kieltopäätöksen voimaantuloa lääkelain mukaisina valmisteina nikotiinipitoisuuksista riippumatta.
- Tupakkapolitiikan ja -lain kehittäminen sisällytetään jokaiseen hallitusohjelmaan tupakkalaissa säädetyn tupakkatuotteiden käytön loppumistavoitteen saavuttamiseksi.
- Tupakkalain rikkomuksia koskevat seuraamukset siirretään rikoslakiin
- Valtioneuvosto asettaa sosiaali- ja terveysministeriön avuksi pysyvän neuvottelukunnan, jonka tehtävänä on seurata ja arvioida tupakkalain 1 § 2 momentin toteutumista, tupakkapoliittisten toimenpiteiden toimeenpanoa ja tehdä aloitteita tupakkapolitiikan kehittämiseksi.

3.7 Endgame-ohjelmien toimenpiteet

Suomen lisäksi Ruotsi, Norja, Tanska, Skotlanti, Irlanti, Australia, Uusi-Seelanti ja Kanada ovat asettaneet tavoitteekseen savuttoman yhteiskunnan. Usean maan osalta hallituksella ei ole virallista toimenpideohjelmaa, vaan esitetyt toimenpiteet ovat esimerkiksi terveysjärjestöjen ehdotuksia, joilla voi olla myös hallituksen tuki (mm. Ruotsi). Skotlannilla on tarkka toimenpanosuunnitelma, johon on tarkasti kirjattu vastuulliset tahot yksittäisten toimenpiteiden osalta¹⁶ ja Uudella-Seelannilla on tutkijaryhmän valmisteleva hallituksen tavoitteeseen pääsyä tukeva dokumentti.¹⁷

Mahdollisten toimenpideohjelmien tai eri yhteyksissä esitettyjen asiantuntija-arvioiden mukaiset toimenpiteet endgame-tavoitteen saavuttamiseksi keskittyvät suurelta osin jo tunnettuihin käytön yleisyyttä vähentäviin toimiin ja niiden toimeenpanon tehostamiseen (ks. kohta 3.2 MPOWER-työkalun toimeenpano). Nämä toimet eivät siten ole merkittävästi eronneet Suomen tupakkapoliittisen toimenpideohjelman¹² mukaisista toimista. Tupakoinnin saatavuuden ja näkyvyyden rajoittamiseen liittyviksi toimiksi on ehdotettu muun muassa aloitusmaksua tupakoinnin aloittamiselle, myynnin kieltä tietystä syntymäkohortista alkaen (niin sanottu tupakaton sukupolvi, tobacco-free generation), tupakan ostoikärajan nostoa, minimihinnan asettamista savukkeille, henkilökohtaisen tupakanostolisenssin käyttöä, savukkeiden ostoa lääkärin määräämällä reseptillä, rajatumpia myyntipaikkoja ja tupakan rajattua näkyvyyttä mediassa. Ilmaisen tupakoinnin lopettamisen tuen tarjontaa, sytisiinin laillistamista ja arvonnalisäveron poistamista nikotiinikorvaushoitotuotteilta on ehdotettu lopettamisen tukeen liittyviksi toimiksi.

Myös tuotteeseen ja pakkaukseen liittyviä rajoituksia on esitetty, kuten nikotiinin määrän rajoittaminen, savukkeiden pH-arvon nostaminen, filttareiden kieltäminen, tuotemerkittömien pakkausten käyttö, savukemerkin integroiminen varoitusmerkintään ja itsekääräyttävien savukkeiden myynnin kieltäminen.¹¹ Näiden toimien lisäksi on esitetty laajempia institutionaalisia tai markkinamuutoksia ja tupakkayhtiöiden rooliin ja toimintaan liittyviä muutoksia. Tällaiset ehdotukset ovat pitäneet sisällään esimerkiksi myynnin rajoittamisen myyntilisenssien perusteella, myynnin sijoittamisen valtion hallinnoimaan vähittäismyyntiin, ympäristöveron asettamisen tupakkayhtiöille ja sellaisen toimielimen rakentamisen tupakkamarkkinoille, joka sekä ostaa savukkeet yhtiöiltä että säännöstelee savukkeiden tarjontaa ja hintaa. Lisäksi on esitetty kiintiön aset-

tamista savukkeiden valmistukselle ja tuonnille. Tupakkayhtiöiden rooliin liittyviin muutoksiin on esitetty esimerkiksi vaatimus tupakkayhtiöiltä sitoutua julkisen tahon asettamaan tavoitteeseen tupakoinnin vähenemisestä ja sanktiota yhtiöille mikäli tavoitetta ei saavuteta. Seuraavassa luvussa käsitellään esitettyjä toimenpiteitä ja niitä koskevaa tutkimusnäyttöä sekä saatavilla olevia maaesimerkkejä.

4 Tutkimusnäyttö ja maaesimerkkejä toimenpiteistä

4.1 Syntymäkohorttiin perustuva myyntikielto

Tupakan myynnin kieltö tietystä syntymävuodesta alkaen eli niin kutsuttu tupakaton sukupolvi on yksi esitetyistä keinoista.^{10,18,19} Käytännössä kieltö tarkoittaisi sitä, että jos syntymäkohortiksi valittaisiin esi-merkiksi vuonna 2012 syntyneet, heille ei enää myytäisi tupakka- ja nikotiinituotteita heidän tullessaan täysi-ikäiseksi vuonna 2030. Saatavuuden rajoittamisen lisäksi tämän toimen ajatellaan muuttavan tupakan kulttuurista asemaa siirtymäriittinä nuoresta aikuiseksi.²⁰ Uudessa-Seelannissa tehdyn mallinnuksen mukaan tupakointi vähenisi kiellon ansiosta noin puoleen vuodesta 2011 vuoteen 2025.²¹ Keinon arvioitiin vähentävän väestöryhmien välistä eriarvoisuutta ilman että se vaikuttaisi aikuisten tupakojien mahdollisuuksiin jatkaa tupakointia niin halutessaan. Lisäksi tämä keino olisi kustannustehokas.¹¹ Ehdotuksen on katsottu olevan perusteltu myös ihmisoikeusnäkökulmasta.²² Oopiumi kiellettiin syntymäkohortin perusteella 1900-luvun alussa Aasiassa, jolloin sen käyttö vähentyi merkittävästi,¹⁸ mutta käytännön kokemusta tämän keinon toimeenpanosta ja sen vaikutuksista tupakan osalta ei ole.

Australian osavaltiossa Tasmaniassa on vuonna 2014 esitetty lakialoite, jossa esitetään tupakan myynnin kieltämistä vuonna 2000 ja sen jälkeen syntyneiltä.²³ Virallista päätöstä lakialoitteen toimeenpanosta ei ole. Toimeenpanolle ei ole arvioitu olevan merkittävää oikeudellista estettä, mutta siinä on kuitenkin huomioitava muun muassa perusoikeudelliset, kuten ikään ja yhdenvertaisuuteen, sekä käytännölliset, kuten matkailuun, liittyvät kysymykset.²³ Tupakaton sukupolvi on nostettu esiin yhtenä lähestymistapana myös WHO:n Euroopan alueiden maiden tupakkapolitiikan kehittämisessä ja sen henki on mukana Euroopan lasten ja nuorten terveysstrategiassa vuosille 2015–2020.¹⁹

4.2 Tupakan ostoikärajan nosto

Syntymäkohorttiin perustuvan myyntikiellon vaihtoehtoksi on esitetty tupakan ostoikärajan nostoa.¹¹ Tätä on perusteltu sillä, että valtaosa nuorista aloittaa tupakoinnin alle 18-vuotiaana. Suomessa vuoden 1994 tupakkalaissa (voimaan vuonna 1995) ostoikäraja nostettiin 16 ikävuodesta 18 ikävuoteen. Lakimuutoksen vaikutusta arvioineen tutkimuksen mukaan noston todettiin vähentäneen alaikäisten tupakan saantia. Ikärajan nosto vähensi merkittävästi 14- ja 16-vuotiaiden tupakkaostoja erityisesti kaupoista ja kioskeista. Kokonaisuutena saatavuus väheni, vaikka nuoret saivat tupakkansa aiempaa hieman useammin vanhempien kavereidensa välityksellä.²⁴

Ikärajan nosto yli 18 vuoteen vähentää arvion mukaan erityisesti 15–17-vuotiaiden tupakoinnin aloittamista. Ikärajan noston 21 ikävuoteen on arvioitu vähentävän tupakointia 12 prosenttia enemmän kuin olemassa olevat tupakoinnin rajoitukset, kun taas ikärajan noston 25 ikävuoteen on arvioitu vähentävän tupakointia 16 prosenttia.²⁵ Yhdysvalloissa on osavaltioita, joissa tupakanostoikäraja on yli 18 vuotta. Needhamissa, Massachusettsissa, ikärajan nosto 21 vuoteen vuonna 2005 vähensi lukiolaisten tupakointia 13 prosentista seitsemään prosenttiin vuosina 2006–2010.²⁶ Tupakoinnin lasku oli suurempaa ja alle 18-vuotiaana tehdyt tupakkaostot vähenivät enemmän tällä alueella kuin vertailualueilla. Ikärajan noston vaikutus näytti olleen suurempi välittömästi toimeenpanon jälkeen ja loiventuen muutaman vuoden jälkeen. Needhamin kokemusten perusteella usean muun osavaltion paikkakunnat ovat nostaneet tupakanostoikärajansa 21 vuoteen vuosien 2012 ja 2015 välillä.^{26,27} New Yorkin osavaltiossa yhtä poikkeusta lukuun ottamatta (Nassau, 19 vuotta) kaikissa piirikunnissa on tupakan ja sähkösavukkeiden ostoikäraja 21 vuotta.²⁸ Havaijin, Kalifornian, New Jersey, Oregonin, ja Mainen osavaltiot sekä useat kaupungit ovat nostaneet tupakkaostojen ikärajan 21 vuoteen.^{29,30} Yhdysvalloissa alkoholin ostoikäraja on lähtökohtaisesti 21 vuotta, jolloin tupak-

katuotteille ja alkoholille on nyt tullut monessa osavaltiossa sama valvottava ikäraja. Tupakan osalta yli 18 vuoden ostoikärajaa ei tiettävästi ole käytössä missään Euroopan maassa.

Uudessa-Seelannissa on ehdotettu ostoikärajan nostamista vuosittain yhdellä vuodella alkaen tietystä kalenterivuodesta alkaen, esimerkiksi vuodesta 2020. Tällöin vuonna 2021 ostoikäraja olisi 19 vuotta ja vuonna 2022 20 vuotta. Tämän toimen on arvioitu olevan hyvin toimeenpantuna vaikuttava, väestöryhmittäistä eriarvoisuutta vähentävä sekä oletettavasti kustannustehokas. Toisaalta sen toteutettavuus arvioidaan heikohkoksi.¹¹

4.3 Rajatummat myyntipaikat

Savukkeiden saatavuus vaikuttaa merkittävästi käytön aloittamiseen sekä lopettamisen jälkeisiin repsahduksiin. Tämän vuoksi tupakoinnin vähentämiseksi on esitetty jälleenmyyntipaikkojen vähentämistä esimerkiksi koulujen läheisyydessä ja myynnin rajaamista kouluaikeiden ulkopuolelle.¹⁰ Myyntipisteiden merkittävän rajoittamisen kohdalla tärkeäksi on nähty kaupan osallisuuden ja hyvän viestinnän varmistaminen, tuen tarjoaminen siirtymään ja riittävän siirtymäajan varmistaminen.¹¹

Vuonna 2012 kerätyn aineiston perusteella suomalaisesta aikuisväestöstä 60 prosenttia on sitä mieltä, että tupakan myyntipaikkoja pitää vähentää. Erot suhtautumisessa olivat suuret tupakointistatuksen mukaan. Myyntipaikkojen vähentämistä kannatti tupakoimattomista 72 prosenttia mutta päivittäin tupakoivistakin 23 prosenttia.³¹ Tupakoinnin saatavuuden vaikeutumisen vaikutusta tupakoinnin yleisyyteen on mallinnettu Uudessa-Seelannissa kahdessa tutkimuksessa. Toisen tutkimuksen mukaan erilaisilla interventioilla olisi vähäinen vaikutus vuoden 2025 arvioituun tupakoinnin yleisyyteen. Esimerkiksi 95 prosentin myyntipaikkojen karsimisella tupakoivien osuus olisi 9,6 prosenttia vuonna 2025, kun se ilman interventiota olisi 9,9 prosenttia. Samansuuntaisia tuloksia saatiin mallilla, jossa savukkeita myytäisiin ainoastaan 50 prosentissa alkoholimyymälöissä ja savukkeiden myynti kiellettäisiin kilometrin säteellä kouluista.³² Tuoreemman tutkimuksen mukaan myyntipaikkojen karsiminen 90 prosentilla ja myyntilupien myöntäminen suhteessa alueen väestömäärään vähentäisi tupakointia noin 50 prosenttia vuoteen 2025. Myyntipaikkojen karsimisen arvioitiin saavuttavan terveyshyötyjä ja kustannussäästöjä.²¹ Suomessa toteutetussa laajassa pitkittäistutkimuksessa havaittiin, että kun etäisyys kotoa lähimpään tupakkatuotteiden myyntipisteeseen kasvoi, lisääntyi myös tupakoinnin lopettamisen todennäköisyys.³³

Useissa maissa isoja kauppaketjuja on jo vapaaehtoisesti luopunut tupakan myynnistä kokonaan. Suomen vähittäismyyntiketjuista HalpaHalli ei myy lainkaan tupakkatuotteita. Hollannissa ja Belgiassa toimivat kauneus- ja terveysalan kaupat Kruidvat ja Trekpleister ilmoittivat tammikuussa 2018 luopuvansa tupakan myynnistä 1400 liikkeessään vaiheittain vuoden 2019 loppuun menneessä.³⁴ Tanskalainen tunnettu tavarataloketju Magasin lopetti tupakkatuotteiden myynnin Kööpenhaminan tavaratalossaan maaliskuussa 2018.³⁵ Yhdysvalloissa tunnettu apteekkiketju CVS on lopettanut tupakan myynnin.³⁶ Vapaaehtoista myynnistä luopumista on tutkimuksissa perusteltu usein terveyssyyhin, eettisiin näkökulmiin/kaupan vastuullisuuteen tai molempiin perustuen. Tupakan myynnin väheneminen ja tupakan myynnin sopiminen huonosti liikkeen imagoon ovat nousseet myös esiin. Myynnistä luopumisesta on saatu yleensä myönteistä palautetta asiakkailta ja usein myös myönteistä medianäkyvyyttä.^{37,38}

Tupakkatuotteiden myynnin rajoittamisesta apteekkeihin tai erikoisliikkeisiin ei ole juurikaan tutkimusnäyttöä. Islannissa ja Oregonissa on ehdotettu tupakkamyynnin rajoittamista apteekkeihin, mutta ehdotusta ei ole toimeenpantu.¹¹

Alkoholin käytöllä ja tupakoinnin aloittamisella ja lopettamiseen liittyvillä repsahduksilla on vahva yhteys. Alkoholin ja tupakan samanaikaisella käytöllä (interaktio) on merkittäviä terveyshaittoja, jotka ovat suurempia kuin yksittäin tuotteita käytettäessä. Näiden perustelujen valossa on esitetty savukkeiden myynnin tiukempaa rajoittamista alkoholia myyvissä paikoissa, kuten ravintoloissa. Kanadassa, Quebecissa, savukkeiden myynti baareissa ja ravintoloissa on kielletty.¹¹

4.4 Tuotemerkittömät pakkaukset

Tuotemerkittömien pakkausten vaikutuksesta mielikuviin ja tupakointikäyttäytymiseen on julkaistu useita tutkimuksia, pääosin Australiasta, Uudesta-Seelannista ja Kanadasta. Vuonna 2013 julkaistun katsauksen perusteella tuotemerkittömät pakkaukset muun muassa lisäävät kuvavaroitusten vaikuttavuutta, vähentävät eri tuotemerkkeihin liitettyjä vääriä uskomuksia tuotteen haitattomuudesta ja vähentävät tuotteen ja tupakoinnin vetovoimaa tupakkapuitesopimuksen tavoitteiden mukaisesti.³⁹

Viime vuosina tutkimuksia on tullut eritoten Australiasta, jossa tuotemerkittömät pakkaukset otettiin käyttöön vuonna 2012. Vuonna 2017 julkaistun Cochrane-katsauksen mukaan tuotemerkittömät pakkaukset esimerkiksi vähentävät pakkausten vetovoimaa. Katsauksessa esitetään, että ne voivat myös vähentää tupakoinnin yleisyyttä, mutta tämä johtopäätös perustui ainoastaan yhteen havainnointitutkimukseen. Australiassa kerätty monitorointiaineisto tukee kuitenkin johtopäätöstä.⁴⁰ Nuoret ja nuoret aikuiset (12–24-vuotiaat) hyväksyivät tuotemerkittömien pakkausten käyttöönoton Australiassa ennalta arvioitua laajemmin. Myös tupakoinnin lopettamista yrittäneiden ja lopettamista ajatelleiden osuus oli suurempi niiden käyttöönoton jälkeen verrattuna arvioon ennen niiden käyttöönottoa.⁴¹ Tuotemerkittömät pakkaukset näyttävät myös vähentävän tuotemerkkiin kiinnittymistä ja sitä kautta edistävän lopettamisaikkeitä, lopettamisyrittäjiä ja tupakoinnin vähentämistä.⁴² Hayesin ja kumppanien⁴³ mukaan suurin osa väestöstä suhtautui myönteisesti tuotemerkittömiin pakkauksiin niiden käyttöönoton jälkeen. Myös tupakoijista suurempi osa suhtautui tuotemerkittömiin pakkauksiin myönteisesti kuin kielteisesti.⁴⁴ Tuotemerkittömien pakkausten käyttöönoton jälkeen laittomien savukkeiden saatavuudessa eikä käytössä havaittu eroja, ja tupakan suositettu vähittäishinta sekä tupakasta maksettu hinta nousivat.^{45–48}

Yhdysvaltaisilla, espanjalaisilla ja ranskalaisilla nuorilla toteutettu tutkimus osoittaa, että tuotemerkittömät pakkaukset voivat lisätä kuvallisten varoitusten vaikutusta vähentämällä tupakanhimoa ja lisäämällä pakkausten herättämiä kielteisiä tunteita. Lopettamiseen liittyviä tunteita tuotemerkittömät pakkaukset eivät kuitenkaan lisänneet.⁴⁹ Myös esimerkiksi Intiassa tuotemerkittömien pakkausten koetaan olevan tehokkaita pakkauksia tupakoinnin vähentämisessä ja niiden koetaan vähentävän pakkausten viehätystä, korostavan varoitusmerkkejä, estävän uusia käyttäjiä aloittamasta tupakointia sekä edesauttavan tupakoinnin lopettamista.⁵⁰ Ranskassa suhtautuminen tuotemerkittömiin pakkauksiin on yhteydessä vastaajan koulutustasoon siten, että matalammin koulutetut suhtautuvat pakkauksiin kielteisemmin.⁴⁸ Ilmiö on havaittu sekä aikuisilla että nuorilla.⁵¹ Italiassa tuotemerkittömät pakkaukset yhdistettynä teksti- ja kuvavaroituksiin olivat 18 vuotta täyttäneiden aikuisten mielestä tehokkaita tupakoinnin lopettamisen motivoinnissa sekä tupakoinnin vähentämisessä ja ehkäisyssä.⁵²

Tupakkayhtiöt ovat vastustaneet tuotemerkittömiä pakkauksia muun muassa vetoamalla immateriaalioikeuksiin. Tuotemerkittömät pakkaukset eivät riko kansainvälistä immateriaalioikeuslakeja eli niiden käyttöönotolle ei tässä mielessä ole estettä.⁵³ Tuotemerkittömät pakkaukset eivät myöskään riko Euroopan sisäistä vapaakauppasopimusta (ns. EEA Agreement). Tuore esimerkki tästä on marraskuulta 2017, jolloin oikeus esitti Norjan valtion hyväksi, että tupakkapakkaukset (mukaan lukien nuuska) voivat tulevaisuudessa olla tuotemerkittömiä.⁵⁴ Norjassa tehdyn tutkimuksen perusteella nuoret suhtautuvat myönteisemmin nuuskapakkauksiin kuin savukepakkauksiin, mutta tuotemerkittömien pakkausten osalta tietoa ei ole vielä saatavilla.⁵⁵ Norjassa toteutettu mediakampanja lisäsi kansalaisten tietoutta tuotemerkittömien nuuska- ja savukepakkausten käyttöönotosta ja sen pääasiallisesta tavoitteesta ehkäistä tuotteiden käyttöä nuorilla. Kansalaiset myös suhtautuivat myönteisesti tuotepakkausten sääntelyyn.⁵⁶

4.5 Nikotiinin määrän rajoittaminen

Nikotiini on pääasiallinen riippuvuutta aiheuttava aine tupakkatuotteissa ja sen määrän rajoittamisesta savukkeissa on saatavilla kohtalaisesti tutkimusnäyttöä.¹¹ Näytön perusteella erittäin vähän nikotiinia sisältävät savukkeet vähentävät päivässä poltettujen savukkeiden määrää ja lisäävät tupakoinnin lopettamisen harkitsemista, yrittämistä ja lopetusyrityksessä onnistumista. Ne eivät ole lisänneet merkittävästi tupakan-

himoa tai vieroitusoireita, eikä niiden käyttö ole lisännyt korvaavaa tupakointia eli useamman savukkeen polttamista totutun nikotiinimäärän saavuttamiseksi.⁵⁷⁻⁶⁰

Erittäin vähän nikotiinia sisältäviä savukkeita on myynissä Yhdysvalloissa. Näissä VLNC (Very Low Nicotine Content) -savukkeissa nikotiinin määrä on yleensä alle 0,4 mg/g,¹¹ kun Suomessa savukkeista vapautuvan nikotiinin sallittu enimmäismäärä on 1,0 mg savuketta kohti.^o Toistaiseksi Yhdysvallat on ensimmäinen valtio, joka on ottanut nikotiinin vähentämisen osaksi virallista tupakkapolitiikkaansa. Vuonna 2009 säädettiin laki, joka antoi Yhdysvaltain Food and Drug Administrationille (FDA) valtuudet vähentää tupakkatuotteiden nikotiinipitoisuutta.¹¹ Enemmän nikotiinia sisältäviä tupakkatuotteita saa edelleen olla markkinoilla Yhdysvalloissa, joten yhdestäkään maasta ei toistaiseksi ole kokemuksia nikotiinipitoisuuden vähentämisestä kaikissa tupakkatuotteissa.

WHO:n tupakkatuotteiden sääntelyn työryhmän (WHO Study Group on Tobacco Regulation) vuonna 2015 julkaiseman raportin⁶¹ mukaan on selvää näyttöä siitä, että nikotiinin määrän vähentäminen savukkeissa hyvin alhaiselle tasolle voi vähentää niiden riippuvuuspotentiaalia. Nikotiinin enimmäismäärän asettaminen kaikille savukkeille saattaisi vähentää tupakoinnin aloittamista ja nikotiiniriippuvuuden kehittymistä, vähentää tupakoinnin yleisyyttä, lisätä lopettamista ja vähentää repsahduksia. Lisäksi se saattaisi lisätä muiden kuin poltettavien nikotiinituotteiden kehittämistä, saatavuutta ja käyttöä – niin lääkkeeksi hyväksytyjen nikotiinituotteiden kuin savuttomien tupakkatuotteiden ja muiden nikotiinituotteiden kohdalla. Nikotiinin enimmäismäärän asettamisen pitäisi työryhmän mukaan olla osa kattavaa kaikkien tupakka- ja nikotiinituotteiden sääntelyä, kuulua laajempien tupakkapolitiittisten toimenpiteiden kokonaisuuteen yhdessä veronkorotusten, tupakointikieltojen, kampanjoiden ja kuvallisten varoitusmerkkien tai tuotemerkittömien tupakkapakkausien kanssa ja koskea kaikkia poltettavia tupakkatuotteita.

Nikotiinin vähentämisen kohdalla huolenaiheena on ollut se, että vähäinen nikotiinipitoisuus voi luoda kuluttajille virheellisen mielikuvan tuotteen haitattomuudesta.¹¹ Esimerkiksi Yhdysvalloissa on havaittu, että tupakoiijat pitivät hyvin vähän nikotiinia sisältäviä savukkeita vähemmän syöpävaarallisina kuin tavallisia savukkeita.⁶² Toinen esitetty huolenaihe toimenpiteeseen liittyen on ollut laittoman kaupan lisääntyminen, jos laillisilla markkinoilla saatavilla olevien savukkeiden nikotiinimäärä lasketaan hyvin alhaiseksi.¹¹ Suomen maantieteellinen asema on haastava laittoman kaupan mahdollisen lisääntymisen osalta, ja toimenpiteen toteuttaminen Suomelle olisi yksinkertaisempaa, jos se otettaisiin käyttöön muissakin EU-maissa ja/tai Venäjällä.

4.6 Savukkeiden pH-arvon nosto ja filttareiden kieltäminen

Tupakoinnin vähentämiseksi on esitetty toimia, jotka tekisivät savukkeista vähemmän miellyttäviä käyttää. Savukkeiden happamuuden (pH-arvon) nosto tekisi savun sisäänhengittämisestä vaikeampaa ja epämiellyttävämpää. Karvaampi ja pisteliäämpi maku voisi siten ehkäistä sekä tupakoinnin aloittamista että keuhkosairauksien riskiä. Samaa vaikutusta on perusteltu filttareiden kieltämisellä. Niiden käyttö savukkeissa vähentää kurkun ärsytystä mikä voi edesauttaa tupakoiijan kokeilijoita siirtymään säännölliseen käyttöön. Filterit nähdään savukkeissa haittoja vähentävänä osana, mutta todellisuudessa niiden käyttö ei tuo terveyshyötyä.^{10,63} Filttareiden kieltoa on perusteltu myös ympäristönäkökulmasta.^{63,64}

Filttareiden poistamisen ja pH-arvon nostamisen lisäksi on ehdotettu kaikkien savukkeiden lisäaineiden kieltämistä. Lisäaineet, kuten sokeri ja säilöntäaineet, voivat tehdä savukkeiden käytöstä miellyttävämpää ja siten edesauttaa eritoten nuorten siirtymistä savukkeiden säännöllisiksi käyttäjiksi. Brasiliassa savukkeista on kielletty kaikki lisäaineet.¹¹ EU:n tupakkatuotedirektiivi sääntelee savukkeissa sallittuja lisäaineita jäsenmaiden osalta. Jäsenvaltiot voivat edelleen pitää voimassa tai ottaa käyttöön tiukempaa kansallista lainsäädäntöä, kunhan kyseinen lainsäädäntö ei ole EU:n toiminnasta tehdyn sopimuksen tai muiden kansainvälisten sopimusten vastainen

^o <http://www.valvira.fi/tupakka/tuotevalvonta/tupakkatuotteet/paastot>

4.7 Vaihtoehtoiset nikotiinituotteet

Tupakkatuotteille vaihtoehtoisten nikotiinituotteiden, kuten sähkösavukkeiden, rooli tupakkapolitiikassa ja tupakoinnin vähentämisessä herättää paljon keskustelua. Eri mailla on erilaisia lähestymistapoja tuotteisiin ja niiden sääntelyyn. Uudessa-Seelannissa tutkijaryhmä on ehdottanut, että vaihtoehtoisten nikotiinituotteiden laajempi saatavuus otetaan osaksi maan tupakoimattomuustavoitteen saavuttamista, parantaen sähkösavukkeiden saatavuutta samalla kun tavallisten savukkeiden saatavuutta heikennetään merkittävästi.¹¹ Englannissa suhtautuminen sähkösavukkeiden käyttöön on ollut myönteistä ja niiden käyttöön kannustaminen kuuluu maan viralliseen tupakkapoliittiseen strategiaan, kun taas Skotlannissa suhtautuminen on ollut varauksellista.^{16,65} Suomessa myös vaihtoehtoisten nikotiinituotteiden käytön loppuminen kuuluu tupakkalain tavoitteen piiriin.¹¹

Sähkösavukkeet voivat auttaa osaa tupakoijista vähentämään tai lopettamaan tupakoinnin, mutta tutkimusnäyttö niiden tehosta tupakoinnin lopettamisessa on edelleen heikko ja osin ristiriitainen.^{66,67} EU-maita tarkastelevassa tutkimuksessa sähkösavukkeiden käyttö näyttää pikemminkin estävän kuin edistävän tupakoinnin lopettamista.⁶⁸ Suurin osa sähkösavukkeiden käyttäjistä jää myös tupakan polttajiksi.^{11,69}

Sähkösavukkeiden on esitetty voivan edesauttaa tupakoimattomien nuorten siirtymistä tupakoijiksi. Useat pitkittäistutkimukset osoittavat edeltävän sähkösavukkeiden käytön olevan yhteydessä nuorilla myöhemmään tupakointiin, mutta kausaalisuhteesta säännöllisen tupakoinnin aloittamiseen ole näyttöä.^{69,70} Sähkösavukkeiden käyttö suomalaisessa aikuisväestössä näyttää olevan vähiten yleistä korkeasti koulutettujen ryhmässä,^{71,72} mutta tarkempaa tietoa niiden käytön vaikutuksesta väestöryhmien välisiin terveyseroihin ei ole saatavilla. Sähkösavukkeiden lyhytaikaisen käytön terveyteen liittyvät negatiiviset vaikutukset ovat suhteessa pienempiä kuin savukkeilla, mutta pitkäaikaisen käytön vaikutuksista terveyteen ei ole tietoa.¹¹ Sähkösavukkeiden käyttö saattaa altistaa sivulliset savukkeiden käyttöä vastaavalle nikotiinimäärälle. Muiden tunnettujen haitallisten aineiden osalta altistus on pienempää kuin savukkeilla.⁶⁹ Tulkinnot sähkösavukkeiden käytön passiivisen altistumisen klinisistä merkittävyyydestä vaihtelevat.^{69,73}

4.8 Tupakkateollisuuden sulkeminen vapaiden markkinoiden ulkopuolelle

Usein tupakoinnin vähentämisen ja ehkäisyn toimenpiteet keskittyvät kysynnän eikä tarjonnan vähentämiseen.¹¹ Tarjonnan vähenemiseen liittyviksi keinoiksi on esitetty, että tupakkayhtiöille asetettaisiin kiintiö savukkeiden valmistukselle ja tuonnille (ns. 'sinking lid'-malli esim.^{10,21}), myynti sijoitettaisiin valtion hallinnoimaan vähittäismyyntiin tai tupakan myyntiä varten perustettaisiin uusi toimielin, joka ostaisi tupakkatuotteet tupakkayhtiöiltä ja vapauttaisi ne myyntiin hintaa ja tarjontaa säännellen.

Käytännössä tällaisilla keinoilla tupakkateollisuus suljettaisiin vapaiden markkinoiden ulkopuolelle. Tutkimusnäyttöä tällaisten ratkaisujen vaikutuksista ei toistaiseksi ole saatavilla, mutta kiintiöiden vaikutusta on mallinnettu. Kiintiötä voitaisiin pienentää tasaisin väliajoin, mikä vaikuttaisi hinnan kasvuun ja siten kysynnän vähenemiseen. Mallin lopputulemana on tupakan myynnin ja sitä kautta tupakoinnin lähes täysi loppuminen. Uuden-Seelannin väestöllä mallinnettuna tämä toimenpide toisi lisää lähes 300 000 laatu-tupainotettua elinvuotta (engl. quality-adjusted life year, QALY) ja säästäisi noin 5 miljardia Uuden-Seelannin dollaria (3 miljardia euroa).²¹ Kritiikkinä mallille on esitetty, että monimutkaisten kiintiöiden sijaan olisi yksinkertaisempaa nostaa verotusta.¹⁰ Mallin on arvioitu olevan käyttökelpoisin maissa, joissa tupakointiprevalenssi on suhteellisen alhainen, esimerkiksi alle 15 prosenttia.⁷⁴ Tarjonnan loppumiseen tähtäävä malli oli ainoa toimenpide, jolla uusiseelantilaisessa mallinnuksessa saavutettiin savuton yhteiskunta tavoiteajassa (<5 % tupakoi vuonna 2025).²¹

Unkari säati vuonna 2012 valtion monopolin tupakkatuotteiden myynnille ja otti käyttöön lisenssijärjestelmän.^{11,75} Kun laki astui voimaan, tupakan myyntipaikkojen määrää rajoitettiin 42 000:sta 7000:een. Myönnettyjen lisenssien määrä suhteutettiin asukasmäärään. Lisenssejä myönnettiin vain kioskityyppisille tupakkaliikkeille (National Tobacco Shops), joissa asiointi kiellettiin alle 18-vuotiailta. Lailla pyrittiin vai-

kuttamaan erityisesti nuorten tupakointiin. Alaikäisten tupakkaostot kaupoista yli puolittuivat lain myötä (2012: 45 %; 2013: 20 %). Myöhemmin tupakkajakelun oikeudet rajoitettiin yhdelle yhtiölle ja tupakkateollisuudelta kiellettiin tupakkatuotteiden suora jakelu lisensoiduille myyntipisteille.^{11,75}

4.9 Mainontakiellon laajentaminen viihdemediassa

Tupakkapuitesopimuksen artikla 13 keskittyy mainontaan, myynninedistämiseen ja sponsorointiin. Artiklan mukaisesti jäsenmaiden tulisi kieltää kaikki rajat ylittävä tupakkamainonta ja -sponsorointi sekä tupakan myynninedistäminen. Tämä pitää sisällään myös elokuvat kaupallisena viestintänä. Tupakkapuitesopimuksessa kehoitetaan lisäksi sisällyttämään rajoituksiin kaikki mediasisällöt perinteisestä mediasta uudempiin mediamuotoihin.^{3,76}

Viihdemediassa, kuten elokuvissa, tupakkatuotteiden ja tupakoinnin näyttäminen ei ole Suomessa kielletty. On kausaalista näyttöä, että tupakoinnin esittäminen elokuvissa lisää nuorten tupakointia (annosvaste-yhteydessä) ja lisää tupakojien tupakanhimoa.⁷⁶⁻⁷⁸ Euroopasta tutkimusnäyttöä on ainakin Saksasta, Islannista, Italiasta, Alankomaista, Norjasta, Puolasta, Englannista ja Skotlannista.⁷⁶ Tupakointia esitetään laajasti myös uudemmassa mediasisällössä ja -kanavissa, kuten suoratoistopalveluissa; esimerkiksi Netflixissä arviolta 79 prosentissa 15–24-vuotiaiden keskuudessa suosituimmissa sarjoissa tupakointiin huomattavasti.⁷⁹

Tupakkatuotteiden käytön ehkäisemiseksi on esitetty rajoituksia elokuviin. Samoja keinoja voidaan soveltaa myös muihin medioihin. Ehdotettuja rajoituksia ovat olleet esimerkiksi tupakointia sisältävien elokuvien ikärajan nostaminen ainoastaan täysi-ikäisille sallituiksi, tuotemerkkien esittelyn kieltäminen elokuvissa ja vahvojen tupakoimattomuusviestien esittäminen ennen tupakointia sisältäviä elokuvia. On myös esitetty valtionavustuksen ohjaamista vain niille produktioille, joissa ei näytetä tupakkatuotteiden käyttöä.^{76,80} Muita ehdotettuja keinoja ovat selkeä ilmoitus, että elokuvan tuottajat eivät ole vastaanottaneet tupakkayhtiöltä mitään sitä vastaan, että ovat esittäneet tupakointia tai tupakkatuotteita elokuvassa.⁷⁶

Useat maat ovat ryhtyneet erilaisiin toimiin tupakkatuotteiden näkyvyyden rajoittamiseksi elokuvissa ja muussa mediassa. Iso-Britanniassa on jo useamman vuoden ollut esillä ajatus tupakkaa sisältävien elokuvien kieltämisestä alaikäisiltä, jota on johtanut SmokeFree Liverpool -niminen järjestöjen, julkisyhteisöjen ja muiden toimijoiden yhteenliittymä. Yhteenliittymän tavoitteena oli rakentaa kansallista ja kansainvälistä yhteistyötä sekä aktivoida nuoret ajamaan asiaa. Kansallisella tasolla yhteenliittymän tavoite kieltää tupakointia sisältävät elokuvat alaikäisiltä ei ole tuottanut toivottua tulosta, mutta yhteenliittymä jatkoi vaikutustyötään esimerkiksi selvittämällä voiko elokuvien ikärajoista päättää paikallisella tasolla. Vuonna 2015 asiassa ei ollut tapahtunut konkreettista edistystä.⁷⁶ Turkissa tupakkatuotteiden esittäminen televisiossa, elokuvissa ja musiikkivideoissa on kielletty.⁸¹ Esimerkiksi vanhojen ulkomaisten elokuvien osalta tämä on toteutettu peittämällä savuke valkoisella ”palkilla”. Tämä toteutustapa voi kuitenkin edesauttaa nuorten kiinnostusta tupakkaan.⁷⁶ Venäjällä tupakkatuotteiden ja tupakoinnin esittäminen lapsille suunnatuissa audiovisuaalisissa materiaaleissa on kielletty.⁸² Aikuisille suunnatuissa materiaaleissa tupakkatuotteiden ja tupakoinnin esittäminen on kielletty, ellei se ole oleellinen osa taiteellista kokonaisuutta. Tämä kiello pitää sisällään television ja videot. Mikäli aikuisille suunnatussa materiaalissa esitetään tällaista kuvastoa, tulee samanaikaisesti tai heti sen jälkeen esittää tupakan vaaroja koskeva viesti. Espanjassa tupakoivan henkilön (”juontajan, yhteistyökumppanin tai vieraan”) näyttäminen televisiolähetyksissä tai muussa mediassa on kielletty.⁸³

Kiinassa on direktiivillä kielletty tietynlainen tupakkakuvasto (engl. imagery) elokuvissa ja televisiosarjoissa ja tuotantoyhtiöille on annettu kehoitus rajoittaa tupakan näkyvyyttä. Intiassa tupakan tuotemerkit ja tuotesijoittelu ovat kielletty vuodesta 2012 alkaen. Tuotantoyhtiöiden on lisäksi perusteltava tupakan esiläoloa produktioissaan. Mikäli tupakkaa esitetään televisiossa tai elokuvassa, esitetään 100 sekuntia tupakoimattomuutta edistäviä viestejä ja terveysvaroituksia tupakan haitoista valkokankaalla tai kuvaruudulla. Nigeriassa kaiken tupakan näyttö medioissa on kielletty vuodesta 2011 lähtien. Etelä-Afrikassa tupakan tai tuotemerkkien esittäminen kaikissa viihdemedioissa on maksullista.⁷⁶ Vuonna 2017 Yhdysvalloissa useat

terveysjärjestöt esittivät elokuvien tuotantoyhtiöille osoittamassaan kirjeessä tupakointia tai tupakkatuotteita sisältävien elokuvien kieltämistä alaikäisiltä (American Lung Association 2017).⁸⁴

Vuonna 2016 WHO:n tupakkapuitesopimuksen jäsenmaat päättivät, että tupakan esiintyvyyttä viihdemediassa tulee rajoittaa edelleen perustuen tupakkapuitesopimuksen artiklaan 13.⁸⁵ Päätöksessä kehoitetaan sopimuksen jäsenvaltioita vahvistamaan artiklan toimeenpanoa kieltämällä rajat ylittävä markkinointi ja myynninedistäminen ja seuraamalla tupakan näkyvyyttä viihdemediassa. Päätöksen mukaisesti tupakkapuitesopimuksen sihteeristön on nimettävä asiantuntijaryhmä, jonka tehtävänä on muun muassa kerätä onnistuneita alueellisia kokemuksia tupakan rajoittavuudesta viihdemediassa sekä tuottaa suositukset artikla 13 toimeenpanon tueksi. Ryhmän on tarkoitus antaa raporttinsa sihteeristölle lokakuussa 2018 järjestettävässä sopimuksen päättävän elimen kokouksessa (COP 8).

4.10 Savuttomien tilojen laajentaminen ulkoalueilla

Tutkimusnäyttö savuttomien sisätilojen terveyshyödyistä on kattava ja kiistaton, mutta ulkoalueita koskevaa tutkimusta on vasta vähän.^{11,86} On viitteitä siitä, että kaupungeissa, joissa on enemmän savuttomiksi säädettyjä ulkoalueita, on enemmän tupakoinnin lopetusyrityksiä. Savuttomat terassit näyttävät vähentävän tupakansavulle altistumista.¹¹

Useissa maissa on kielletty tai annettu paikallisille toimijoille mahdollisuus kieltää tupakointi esimerkiksi ravintoloiden ja baarien ulkotiloissa, rannoilla, puistoissa, kävelykaduilla, julkisen liikenteen pysäkeillä, urheilualueilla ja leikkipuistoissa. Tällaisia kieltoja löytyy esimerkiksi Yhdysvalloista, Kanadasta, Australiasta, Norjasta, Islannista, Virosta ja Venäjältä.^{82,86,87} Yhdysvalloissa esimerkiksi Havaijin osavaltio on kieltänyt tupakoinnin tietyllä etäisyydellä kaikkien tupakointikiellon piiriin kuuluvien rakennusten ovien läheisyydessä ja Washingtonin osavaltio lisäksi näiden rakennusten ikkunoiden ja tuloilmaventtiilien läheisyydessä.⁸⁸ Terveyskeskusten ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevien rakennusten sisäänkäyntien läheisyydessä tupakointi on kielletty Norjassa ja Islannissa.⁸⁶

Ruotsissa maaliskuussa 2018 jätetyssä hallituksen esityksessä⁸⁹ tupakointikieltoja esitetään laajennettavaksi ulkoalueille siten, että tupakointi ja sähkösavukkeiden käyttö on kielletty ulkotarjoilualueilla, tupakointikieltojen piiriin kuuluvien kiinteistöjen ja muutoin yleisessä käytössä olevien kiinteistöjen sisäänkäyntien yhteydessä, julkisen liikenteen käyttäjille kuuluviksi katsottavilla alueilla sekä aidatuilla alueilla, jotka on tarkoitettu pääsääntöisesti urheilukäyttöön tai leikkipaikoiksi.

4.11 Savukkeiden vähimmäishinta

Kirjallisuuden perusteella tupakan hinta on yksi keskeisimmistä tekijöistä pyrittäessä vähentämään väestön tupakointia. Hinnan on todettu vaikuttavan erityisesti nuorten ja vähemmän ansaitsevien tupakointiin.^{90,91} Kun Suomen ensimmäistä tupakkalakia oltiin säätämässä, toteutettiin samalla isohko tupakkaveron korotus, ja syntyi laaja julkinen keskustelu tupakasta. Nämä yhdessä aiheuttivat selvän pysyvän laskun tupakan kulutukseen.⁹² Vuodesta 2009 alkaen on Suomen tupakkalainsäädännön tiukentamisen ohella tehty lähes vuosittaisia, keskimäärin noin 10 prosentin suuruisia tupakkaveron korotuksia, joiden takia tupakan hinta on kyseisenä aikana noussut selvästi enemmän kuin inflaatiotaso. Maltillisilla vuosittaisilla korotuksilla on hyvin todennäköisesti pystytty vaikuttamaan tupakoinnin vähenemiseen erityisesti nuorten keskuudessa, mikä on keskeistä väestön terveyserojen ehkäisyn näkökulmasta.

Aikuisväestössä koulutusryhmien väliset tupakointierot eivät ole Suomessa kuitenkaan kaventuneet.^{93,94} Ehdotettujen tulevien veronkorotusten vaikutuksesta savukeaskin (20 kpl) keskihinnan arvioidaan nousevan kahdeksaan euroon, kun se vuonna 2008 oli vähän yli neljä euroa. Pitkäaikaisten hinnan nostojen on arvioitu vähentävän myös tupakoinnissa havaittuja sosioekonomisia eroja.⁹⁵

Tupakan veronkorotusten rinnalle on esitetty tupakan vähimmäishintaa.^{11,96} Se on käytössä useissa osavaltiossa Yhdysvalloissa. Tupakan vähimmäishinnalla pyritään vähentämään tupakkateollisuuden tavoittelemaa vaihtamista edullisempiin tupakkamerkkeihin silloin, kun tupakkaveroa korotetaan.⁹⁷ Tutkimusnäyt-

töä vähimmäishinnan asettamisesta on hyvin vähän ja vaikutuksia on arvioitu lähinnä suhteessa tupakan keskihintoihin ja hintahajontaan, joihin sillä ei havaittu olevan vaikutusta.¹¹

4.12 Tupakan matkustajatuonnin määrien pienentäminen

Tupakkapuitesopimuksen artikla 6 kehottaa sopimusmaita harkitsemaan ulkomaanmatkailijoiden verottomien ja tullivapaiden tupakkatuotteiden myynnin ja maahantuonnin kieltämistä tai rajoittamista.³ EU:n sisämarkkinoilla on määritelty sallitut enimmäistasot tupakkatuotteiden verovapaalle tuonnille. Suomi rajoittaa lisäksi sellaisten tupakka- ja nikotiinituotteiden tuontia EU:n sisältä, joissa ei ole vaadittavia suomen- ja ruotsinkielisiä varoitustekstejä ja kuvallisia varoituksia. EU:n ulkopuolelta tuodun tupakan osalta Suomi käyttää verovapaan tuonnin sallituista enimmäismääristä korkeampaa tasoa (200 savuketta tai 100 pikkusikaria tai 50 sikaria tai 250 g irtotupakkaa).⁹⁸ Viro käyttää matalampaa enimmäismäärää: 40 savuketta – lentomatkustajille korkeintaan 200 savuketta – tai 100 pikkusikaria tai 50 sikaria tai 50 g muuta poltettavaa tupakkaa.⁹⁹ Matalaa enimmäismäärää käyttävät EU-maista Viron lisäksi Bulgaria, Kreikka, Latvia, Liettua, Puola, Slovakia Unkari ja Romania.⁹⁸

Nuuskan osalta Suomessa yksityishenkilö saa omaa henkilökohtaista käyttöään varten tuoda mukanaan maahan kalenterivuorokaudessa yhteensä enintään 1 000 grammaa purutupakkaa, nenänuuskaa ja suussa käytettäväksi tarkoitettua tupakkaa. Virossa nuuskan sallittu tuontimäärä muista EU-maista on ollut tammi-kuusta 2018 alkaen korkeintaan 10 kappaletta enintään 50 g pakkausta.⁸⁷ Tanskassa sallittua tuontimäärää nostettiin lokakuussa 2017 aiemmasta korkeintaan 1500 grammasta 2250 grammaan pakkauksineen (raakatuupakkaa 750 g).¹⁰⁰ Islannissa nuuskan tuonti on kokonaan kielletty.¹⁰¹ Norjassa verovapaan tuonnin kiintiö on nuuskan osalta 250 grammaa, samoin Venäjällä.^{102,103}

4.13 Erillismaksut tupakkateollisuudelle ja maahantuojille

Tupakan veronkorotukset siirtyvät tupakan hinnassa kuluttajien maksettavaksi ja tupakkateollisuus on säilynyt erilaisista rajoituksista huolimatta hyvin voitollisena teollisuudenalana.^{97, 104-105} Joissakin maissa onkin hyödynnetty tai selvitetty erillisen haittaveron tai aiheuttajaperiaatteen mukaisen lisämaksun keräämistä tupakkayhtiöiltä ja tupakan maahantuojilta.

Tietävästi ensimmäisenä maana tällainen maksu on otettu käyttöön Kanadassa vuonna 1994, jolloin paikallisille tupakkayhtiöille säädettiin erillinen yritysvero (Tobacco Manufacturers Surtax).¹⁰⁶ Vero ei koskenut maahantuontia. Hallitus päätti vuonna 2017 lopettaa veron keräämisen, kun taas kansanterveys-toimijat esittivät veron laajentamista tupakan maahantuontiin tupakkayhtiöiden globaaliin toimintaan vastaamiseksi.¹⁰⁶⁻¹⁰⁸

Yhdysvalloissa FDA:lla on ollut vuodesta 2009 alkaen valtuudet kerätä tupakan valmistajilta ja maahantuojilta ”käyttäjämaksu” (Tobacco User Fee).¹⁰⁹ Käyttäjämaksu perustuu yritysten markkinaosuuteen ja yritysten on maksettava sitä neljännesvuosittain sanktioiden uhalla.

Irlannin vuonna 2013 julkaistuun viralliseen tupakkapoliittiseen toimenpideohjelmaan sisällytettiin ehdotus tupakkateollisuusveron (tobacco industry levy) tai vastaavan mekanismin käyttöönotosta, jolla rahoitettaisiin terveyden edistämisen ja tupakoimattomuuden edistämisen toimia, mukaan lukien laittoman kaupan torjuntaa.¹¹⁰ Lisäksi esitettiin, että harkittaisiin erillisen ympäristöveron keräämistä tupakkayhtiöiltä. Toistaiseksi kumpikaan esityksistä ei ole edennyt.

Iso-Britanniassa hallitus toteutti vuonna 2014 virallisen konsultaation tupakan valmistajille ja maahantuojille kohdennettavasta erillisverosta (Tobacco Levy).¹¹¹ Se muodostettaisiin asettamalla tavoitetuotto, joka jaettaisiin maksettavaksi yhtiöille niiden markkinaosuuden mukaan. Konsultaatiossa esitys sai laajan tuen kansanterveystahoilta ja vastaavasti laajan vastustuksen tupakan valmistajilta, maahantuojilta ja yritysryhmiltä. Hallitus päätti vuonna 2015 olla esittämättä veroa.¹¹²

4.14 Kansanterveyspolitiikkojen suojeleminen tupakkateollisuuden intresseiltä

Tupakkapuitesopimuksen artikla 5.3 toimeenpano-ohjeiden mukaisesti kaiken toiminnan ja kanssakäymisen tupakkateollisuuden kanssa tulee olla rajoitettua, vastuunalaista ja läpinäkyvää.³ Se edellyttää sellaisten menettelytapojen luomista, joilla ehkäistään virkamiesten ja työntekijöiden sidonnaisuuksista johtuvat intressiristiriidat.

Esimerkiksi EU:n oikeusasiamies on päättänyt, että se julkaisee verkossa kaikki tupakkateollisuuden tai sen edustajien kanssa suunnitellut tapaamiset, tapaamisten osallistujalistat ja tapaamisista tehdyt muistiot.¹¹³ Oikeusasiamies ja oikeusasiamiehen toimiston henkilöstö tapaa vain sellaisia tupakkateollisuuden edustajia, jotka ovat rekisteröityneet Euroopan komission ja Parlamentin yhteiseen läpinäkyvyysrekisteriin.

Englannin tupakkapolitiittisessa toimenpideohjelmassa⁶⁵ hallitus sitoutuu julkaisemaan tiedon kaikista kokouksista tupakkateollisuuden kanssa, pois lukien tieto joka on kaupallisesti tai operatiivisesti sensitiivistä. Lisäksi se sitoutuu rajoittamaan yhteydenpitoa tupakkateollisuuden kanssa vain sääntelyn toimeenpanoon tai operatiivisiin asioihin ja kannustamaan tupakkateollisuutta vain kirjalliseen yhteydenpitoon läpinäkyvyyden lisäämiseksi. Paikallistason viranomaisia muistutetaan, että velvollisuus suojella politiikkoja tupakkateollisuuden vaikutukselta koskee myös heitä ja mahdollisen yhteydenpidon tulisi olla täysin läpinäkyvää, esimerkiksi julkaisten yhteydenpito ja mahdolliset kokousmuistiot verkossa.

4.15 Vieroituksen tehokas toimeenpano

Tupakkapuitesopimuksen artikla 14 velvoittaa jäseniä kehittämään tupakoinnin lopettamisen tukijärjestelmää. Tupakan lopettamisohjelmat auttavat motivoituneita tupakan lopettajia lopettamisessa, mutta vain pieni osa tupakoijista käyttää näitä palveluita.¹¹ Lisätutkimusta tarvitaan lopettamisohjelmien väestötason vaikutuksista.¹¹ Tupakkapuitesopimuksen artiklaan 14 liittyvissä ohjeissa kehoitetaan muun muassa järjestämään lopettamisen palveluiden hoitoketju.³ Kuitenkin vain harvassa jäsenmaassa oli palveluverkosto tai hoitoketju vuosina 2011–2012.¹¹⁴

Suomessa Käypä hoito -suositusten (2012)¹¹⁵ mukaisesti tupakoinnin lopettamisen järjestämisessä on tärkeä huolehtia hoitoketjun toiminnasta. Kyselyn mukaan terveydenhuollon ammattilaiset näkevät hoitoketjujen toimimattomuuden kuitenkin yhtenä tärkeimpänä vieroitustyön esteenä.¹¹⁶ Myös työn koordinaatiossa lääkärin ja sairaanhoitajien kesken on koettu haasteita: heidän roolinsa voivat olla osin päällekkäisiä. Hoitoketjun rakentaminen on tärkeää toimivien rakenteiden lisäksi yksittäisen tupakoijan kannalta, koska useammalta terveydenhuollon ammattilaiselta saadut tupakoinnin lopettamiskehotukset voivat edesauttaa lopettamista.¹¹⁷

Kansainvälisesti katsottuna tupakkariippuvuuden lääkehoito yhdistettynä vieroitusohjaukseen on kustannustehokasta. Myös maksuttomat neuvontapuhelimet ja apteekkien tarjoama lopettamistuki ovat kustannustehokkaita toimia tupakoinnin lopettamiseksi.¹¹ Tupakoinnin lopettamisen järjestämiseen yhteiskunnan tasolla voi vaikuttaa kansalaisten yleinen mielipide. Vaikka Suomessa aikuisväestö suhtautuu tupakointiin kielteisesti, on sillä kielteinen suhtautuminen yhteiskunnan tarjoamaan tukeen tupakoijille.³¹

4.16 Vieroituslääkkeiden ja nikotiinikorvaushoitojen korvattavuus ja saatavuus

Tutkimusnäytön perusteella vieroitushoidon korvaaminen potilaille näyttää lisäävän tupakoinnin lopettamista ja vieroituslääkkeiden käyttöä lopettamisen apuna.¹¹⁸ Tutkimusta siitä, onko eri korvausmekanismien välillä eroa tehon suhteen, ei ole saatavilla. Tupakasta vieroituksen lääkkeet ja nikotiinikorvaushoitotuotteet ovat tupakoijille kallis kertainvestointi, mikä voi estää niiden käyttöä erityisesti haavoittuvissa väestöryhmissä, joissa tupakointia esiintyy paljon ja lopettamiseen liittyy monenlaisia hidasteita tai esteitä.¹¹⁹

Suomessa on käytössä joitakin aiemmin esitetyistä keinoista vieroituslääkkeiden ja nikotiinikorvaushoitojen kulujen korvaamiseksi. Toistaiseksi vain yksi tupakoinnin lopettamiseen tarkoitettu reseptilääke (va-

renikliini) on KELA:n rajoitetun peruskorvattavuuden piirissä. Tupakasta vieroituksen lääkkeet voidaan lisäksi korvata toimeentulotuen terveydenhuoltomenoina.¹²⁰

Yhtenä keinona lääkehoitojen kustannusten minimoimiseksi tupakointia lopettaville on esitetty arvonlisäveron poistamista tupakoinnin lopettamiseen tarkoitetuilta lääkkeiltä. Suomessa kaikilla lääkkeillä on alennettu arvonlisäverokanta (10 %). Esimerkiksi Iso-Britanniassa lääkemääräyksellä määrätty tupakasta vieroituksen lääkkeet ovat arvonlisäverottomia (0 %) ja muut kuin lääkemääräyksellä ostettavat vieroituslääkkeet kuuluvat alennetun arvonlisäveron (5 %) piiriin.¹²¹

Lääkkeiden kulujen laskemiseen liittyy myös ehdotus sytisiinin sallimisesta tupakasta vieroituksen lääkkeeksi. Suurimmassa osassa korkean tulotason maista sytisiini ei kuulu hyväksyttyihin vieroituslääkkeisiin eikä sillä ole myyntilupaa myöskään Suomessa.¹²² Sytisiini on luonnollinen alkaloidi, jolla on varenikliinin tavoin osittainen agonistinen vaikutus nikotiinireseptoriin. Sytisiiniä on käytetty 1960-luvulta lähtien tupakkariippuvuuden hoitoon Itä- ja Keski-Euroopassa. Sytisiini on edullinen ja siitä on saatu positiivisia tuloksia neuvontaan yhdistettynä, mutta sen turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta on vain muutamia laadukkaita tutkimuksia. Mahdolliset haitat ovat samat kuin varenikliinillä.

Nikotiinikorvaushoidon saatavuutta voisi Suomessa parantaa nikotiinikorvaushoitotuotteiden myyntilupien irrottaminen tupakan myyntiluvista, joihin se on nyt kytketty lääkelaissa.^P Tämä aiheuttaa haasteita esimerkiksi sairaaloiden kahviloissa ja Puolustusvoimien sotilaskodeissa, joissa nikotiinikorvaushoitotuotteiden myyntiä rajoittavat kassakohtaiset tupakan myyntilupavaatimukset. Suomessa armeijan alokkaista jopa 40 prosenttia tupakoi joskus ja nuuskan käyttö on niin ikään yleistä.¹²³ Mahdollisuus myydä nikotiinikorvaushoitotuotteita ilman tupakkatuotteiden myyntiä voisi olla hyödyllinen myös niille päivittäistavarakaupoille, jotka haluaisivat vapaaehtoisesti luopua tupakkatuotteiden myynnistä. Nikotiinikorvaushoitotuotteiden myyntiluvan kytkentää tupakan myyntilupaan ehdotettiin poistettavaksi Suomessa jo nikotiinivalmisteiden seurantatyöryhmän muistiossa vuonna 2007.¹²⁴

4.17 Koordinoitu kampanjointi ja tupakkapoliittisen toimintaohjelman toimeenpano

Joukkotiedotusvälineitä tai sosiaalista mediaa hyödyntävien kampanjoiden on todettu vähentävän tupakoinnin yleisyyttä lisäämällä lopettamista ja lopetusyrityksiä sekä vähentämällä tupakoinnin aloittamista.^{11,125,126} Tehokkaaksi osoitetuilla kampanjoilla on vahva teoreettinen perusta, kampanjaviestien suunnittelua ja toteutusta varten on tehty taustatutkimusta kohderyhmästä ja kampanjaviestit esitetään toistuvasti pitkällä aikavälillä eri tiedotusvälineissä. On jonkin verran näyttöä siitä, että aikuisille suunnatut kampanjat vähentävät myös nuorten tupakoinnin aloittamista. Nuorten osalta on kohtalaista näyttöä siitä, että tupakateollisuuden denormalisointiin keskittyvät kampanjat vähentävät tupakointia, mutta nuorten aikuisten ja aikuisten kohdalla näyttö on heikompi.¹¹

Pitkäjänteisen ja suunnitelmallisen kampanjoinnin haasteena on usein rahoituksen varmistaminen ja kampanjoinnin koordinaatio. Eri maat ovat ratkaisseet rahoituksen haasteita eri tavoin. Intiassa tupakkateollisuus on velvoitettu maksamaan kampanjointikulut, Turkissa televisiokanavat on velvoitettu tarjoamaan ilmaista ohjelma-aikaa tupakoinninvastaisille sisällöille ja Australiassa on tehty pitkän aikavälin rahoitustoumuksia.⁵ Sveitsissä jokaisesta myydystä tupakka-askista 2,6 senttiä ohjataan valtion hallinnoimalle rahastolle, josta rahoitetaan aloittamisen ehkäisyä ja tupakoinnin lopettamisen tukea.¹²⁷

Yleisimmin rahoitus varmistetaan korvamerkitsemällä tupakkaveron tuotosta tietty prosenttiosuus tupakoimattomuuden edistämiseen.^{128,129} Rahoituksen hallinnointiin ja toimien koordinointiin on perustettu säätiö tai vastaavantyyppinen itsenäinen tai ministeriön ohjauksessa toimiva organisaatio.¹²⁸ Esimerkiksi Vietnamin tupakkayhtiöt ja maahantuojat on vuodesta 2013 lähtien velvoitettu maksamaan tupakkaveron lisäksi pakollinen kontribuutio Vietnamin terveysministeriön alaisuudessa toimivalle tupakoimattomuuden

^P Lääkelaki 395/1987, 54 a §

edistämisen rahastolle, jonka toimintatapa, tehtävät ja rahoituslähteet on määritelty tupakkalaissa.^{130,131} Kontribuutio lasketaan prosenttiosuutena tupakka-askien verollisista hinnoista ja se on asetettu nousemaan asteittain: 1 % vuodesta 2013 alkaen, 1,5 % vuodesta 2016 alkaen ja 2 % vuodesta 2019 alkaen. Rahasto voi lisäksi ottaa vastaan lahjoituksia laissa määritellyn mukaisesti. Rahastosta tuetaan sekä tutkimusta, viestintää että tupakasta vieroitusta.

Suomessa vuoden 1976 tupakkalaissa säädettiin vuosittainen määräraha (0,5 % tupakan valmisteveron tuotosta), joka oli korvamerkitty tupakoinnin vähentämiseen tähtäävän työn sekä tutkimus-, seuranta- ja valistustoiminnan tukemiseen.¹³² Määrärahan käyttötarkoitusta laajennettiin vuodesta 1985 alkaen siten, että tupakoinnin vähentämisen lisäksi rahaa voitiin käyttää muuhunkin terveyden edistämiseen.

Vuonna 2009 terveyden edistämisen määrärahasta säädettiin erillinen laki, jonka perusteella määräraha irrotettiin tupakkalaista ja prosenttimäärä poistettiin lakitekstistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos vastaanottaa ja arvioi hakemukset ja tekee sosiaali- ja terveysministeriön antamien ohjeiden ja määrärahakäytön perusteella esityksen määrärahojen käyttösuunnitelmaksi. Määräraha on pienentynyt merkittävästi. Kun esimerkiksi vuodelle 2011 myönnettiin yhteensä 5 200 000 euroa 59 hankkeelle, rahoitettiin vuodelle 2018 enää yhdeksän hanketta joiden yhteissumma on 2 176 794 euroa. Vuodelle 2018 rahoituksen saaneista hankkeista ainoastaan yksi kohdentuu tupakoinnin ehkäisyyn ja vähentämiseen ja sille myönnetty avustus koko kolmivuotiskaudelle on 275 000 euroa.¹³³

Lisäksi Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) hallinnoi Veikkaus Oy:n pelituotoista myönnettäviä avustuksia ja niistä vuodelle 2018 rahoitetaan viittä järjestöä, joiden toiminnassa tupakka- ja nikotiinituotteiden ehkäisy tai vähentäminen on keskiössä.⁹ Kyseisten järjestöille kohdennettujen toimintaavustusten yhteissumma vuodelle 2018 on noin 1,7 miljoonaa euroa.

Kansainvälinen tupakkapuitesopimus edellyttää sopimusmailta myös tupakoinninvastaisen työn kansallisen koordinaatiomekanismin perustamista ja rahoittamista. Suomessa ohjausvastuu on määritelty tupakkalaissa STM:lle ja erilaiset tutkimus-, seuranta- ja kehittämisvastuut THL:lle. THL:n resurssina tupakkalain edellyttämiin tehtäviin on vuodesta 2019 alkaen kaksi henkilötyövuotta. Tehtäviin ei ole toimintamenoja, joita tarvittaisiin tupakkalain edellyttämään kehittämistyöhön esimerkiksi tupakoinnin lopettamisen tuen osalta. Varsinaista koordinaatiomekanismia ja -vastuuta tupakkapoliittisen toimenpideohjelman tueksi ei ole Suomessa perustettu.

Tupakoimattomuuden edistämisen koordinaation ja resursoinnin osalta mielenkiintoisen vertailukohdan tuottaa tuore sosiaali- ja terveysministeriön asettaman asiantuntijatyöryhmän alustava arvio rahapelihaittojen ehkäisyn ja vähentämisen vuotuisen budjetin tavoitetasosta, joka on suuruusluokaltaan 16,2 miljoonaa euroa.¹³⁴ Luku on suhteutettu Veikkauksen itse ilmoittamaan mainontabudjettiin (45 miljoonaa euroa vuonna 2017). Asiantuntijatyöryhmä huomauttaa lisäksi, että "rahapeliongelman yhteiskunnalliseen luonteeseen nähden haittoja ehkäisevän ja vähentävän työn tämän hetkinen resursointi [2,6 miljoonaa euroa] on riittämätöntä". Arpajaislain 52 §:n mukaan Veikkaus Oy:n tulee korvata valtiolle seurannasta, tutkimuksesta ja kehittämisestä aiheutuvat kustannukset. Sosiaali- ja terveysministeriö perii yhtiöltä maksuna määrän, joka vastaa ministeriölle toiminnasta aiheutuvien kokonaiskustannusten määrää. Arpajaislain 52 §:n mukaisesti rahoituksesta THL:n rahoitusosuus yhteistyösopimuksineen on 2,1 milj. euroa.¹³⁴

⁹ STEA:n avustustietokanta: avustukset.stea.fi

5 Toimiva seuranta- ja arviointijärjestelmä

Tupakkapuitesopimuksen artiklassa 20 esitetään yleiset periaatteet tiedonkeruun ja seurannan järjestämiselle.³ Artikla velvoittaa jäsenmaat kehittämään ja edistämään tupakoinnin torjuntaan tähtäävää tutkimusta. Jäsenmaita velvoitetaan lisäksi laatimaan indikaattoreita tupakan kulutuksen ja siihen liittyvien sosiaalisten, taloudellisten ja terveyteen liittyvien haittojen seurantaan varten. Kerättävän datan on tärkeää olla vertailukelpoista alueellisesti ja kansainvälisesti.

Tupakoinnin yleisyyden monitoroinnista ja tupakkatutkimuksen järjestämisestä on esitetty suosituksia kansainvälisesti.^{5,14,135} Saatavilla on yksityiskohtaisia ohjeita, jotka toteuttamalla voidaan kerätä luotettavaa ja kansainvälisesti mahdollisimman vertailtavaa tietoa tupakoinnista sekä siihen liittyvistä sosiaalisista, taloudellisista ja terveysindikaattoreista. Myös tupakoinnin vähentämiseen liittyvistä politiikkatoimista ja niiden vaikutuksista on tärkeä kerätä tietoa. Uuden-Seelannin tupakkatutkijat ja -asiantuntijat ovat tuottaneet tutkimus- ja monitorointisuunnitelman maan savuttomuustavoitteen tueksi.¹³⁶ Tässä luvussa käsitellään suosituksia toimivasta seuranta- ja arviointijärjestelmä Suomen tilanteeseen sovellettuna.

Suosittelusten mukaisesti seuranta tulisi suunnitella huolellisesti, aineistoja tulisi kerätä säännöllisin väliajoin ja seurannan tulisi olla pitkäkestoista.⁵ Seurantajärjestelmässä tulee olla standardoituja indikaattoreita monipuolisesti. Eri ajankohtina kerätyn aineiston tulisi säilyä vertailukelpoisena pitkän aikavälin trendien ja kehityksen monitorointia varten. Kerätyn aineiston tulisi olla väestöä edustavaa, mutta tarjota myös mahdollisuudet kehityksen seurantaan eri väestöryhmissä ja erityisryhmissä, kuten raskaana olevilla. Seurantajärjestelmiltä vaaditaan myös joustavuutta, jotta esimerkiksi uusiin tuotteisiin tai uusiin tupakkapolitiisiin toimenpiteisiin voidaan reagoida uusien indikaattorein tai vanhoja muokaten. Seurantajärjestelmien tulisi olla riittävän yksinkertaisia ja niihin tulisi olla varattuna riittävät taloudelliset ja henkilöstöresurssit. Kertyneiden aineistojen raportointiin ja tutkimustulosten viestintään tulisi olla suunnitelma ja tuloksista tiedottamisen pitäisi tapahtua nopeasti. Kansainvälinen esimerkki monipuolisesta tupakkapolitiikan arvioinnin ja kehittämisen tueksi kehitetystä seurantajärjestelmästä on International Tobacco Control (ITC) Project.¹³⁷

Suomessa THL on velvollinen tupakkalain 5 §:n mukaisesti monitoroimaan tupakoinnin yleisyyttä sekä tekemään ja tukemaan tupakasta aiheutuvien terveysvaarojen ja -haittojen vähentämiseen liittyvää tutkimustyötä. THL kerää tietoa tupakka- ja nikotiinituotteiden käytöstä aikuisväestöön keskittyvillä väestökyselyillä sekä koululaiskyselyillä (Taulukko 1). Nämä kyselyt ovat terveys- ja hyvinvointitutkimuksia, joissa tupakointikysymykset ovat yksi osa laajempaa kokonaisuutta. Rakenteiden ja terveyden edistämisen käytänteiden tasolla tupakoimattomuuden edistämiseen liittyviä indikaattoreita on jonkin verran mukana THL:n TEAviisari-tiedonkeruussa peruskoulujen, toisen asteen oppilaitosten, terveyskeskusten ja kuntajohdon osalta. THL:n perinataalitalasto tuottaa tärkeää tietoa raskaana olevien tupakoinnista. THL kokoaa myös eri tahojen tuottamaa tietoa relevanteista indikaattoreista vuosittaiseen Tupakkatilastoon. Tupakkakustannuksien laskentaan kehitettiin vuonna 2015 malli STM:n erillisrahoituksella ja kustannustietoja on tarkoitus päivittää jatkossa Tupakkatilastoon.

Taulukko 1. Säännöllisesti Suomessa toistettavat kansalliset tutkimukset, joissa on mukana seurantaan soveltuvia indikaattoreita.

Kysely	Lyhenne	Toteuttaja	Kuvaus	Kommentti
FinSote	FinSote	THL	Aikuisväestöön suunnattu väestökysely. Tupakoinnista rajatusti tietoa.	Aiemmin nimellä ATH, nyt FinSote. Pääsääntöinen tupakkamonitorointiin käytetty väestötutkimus (korvannut AVTK/EVTK:n). Toteutettu alkaen v. 2010 vähintään kerran vuodessa. Maakunnallista tietoa saadaan vuosina 2018, 2022 ja 2016, väli-vuosina kansallinen tiedonkeruu. Käytetään vuoden 2016 tupakkalain toimenpiteiden seurantaan, tupakoinnin seurannan jatkuvuudesta ei varmuutta
FinTerveys 2017	FT17	THL	Aikuisväestöön keskittyvä terveyskysely. Tietoa kerätty mittauksilla ja kyselylomakkeilla.	Toteutettiin ensimmäisen kerran v. 2017, ei tietoa tutkimuksen jatkuvuudesta. Tarkoitus toteuttaa joka viides vuosi. Korvannut Finriski- ja Terveys 2000/2011-tutkimukset.
Kouluterveyskysely	KTK	THL	Nuorten koululaiskysely. Saadaan tietoa oppilaitoskohtaisista eroista. Toteutetaan joka toinen vuosi.	Tupakkalain vaikutusten seuranta laajemmilla kysymyksillä vuoteen 2019 saakka, sen jälkeen seuranta suppeammilla indikaattoreilla.
Nuorten terveystapatutkimus	NTTT	Tampereen yliopisto	Postikysely 12–18-vuotiaille nuorille vuodesta 1977 alkaen. Toteutetaan joka toinen vuosi.	Vuoden 2019 tiedonkeruu tämänhetkisen tiedon mukaan viimeinen.

THL:n lisäksi yliopistot keräävät nuorten tupakointiin liittyviä tietoja väestökyselyillä (Nuorten terveystapatutkimus, NTTT, Tampereen yliopisto; Helsingin yliopiston kaksostutkimukset). Kansainvälisissä koulu-laistutkimuksissa, kuten THL:n toteuttamassa ESPAD-tutkimuksessa sekä Jyväskylän yliopiston The Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC) -tutkimuksessa kerätään myös tietoa nuorten tupakoinnista. Myös nämä tutkimukset keräävät tietoa tupakoinnin ja muiden nikotiinituotteiden käytön lisäksi muista asioista.

Taulukossa esitettyjen tutkimusten lisäksi on yksittäisiä (mm. Maamu-tutkimus, THL) tai säännöllisesti tehtäviä kyselyitä (Juomatapatutkimus, Päihdetutkimus, THL), joissa tarkastellaan rajatusti tupakoinnin ja/tai muiden nikotiinituotteiden käytön yleisyyttä. Suurimmassa osassa näistä tutkimuksista tupakka nähdään ainoastaan tausta- tai sekoittavana tekijänä eivätkä tutkimusaiheet kohdistu erityisesti siihen. Suomessa toistaiseksi ainoa täysin tupakkaan keskittyvä väestötasolla edustava tutkimus on ollut vuonna 2012 THL:n toteuttama kansainvälinen Global Youth Tobacco Survey (GYTS), jossa keskityttiin 13–15-vuotiaiden koululaisten asenteisiin, tietoihin ja kokemuksiin tupakointiin ja tupakansavulle altistumiseen koskien.

WHO:n mukaan⁵ seuranta pitää rakentaa kestäväälle pohjalle ja tiedonkeruun tulee olla pitkäjänteistä ja säännöllistä. Monitoroinnin ja seurannan lisäksi myös yksityiskohtaisemmat tutkimukset ovat välttämättömiä, jotta tarpeellinen kokonaiskuva pystytään muodostamaan. Taulukkoon 2 on hahmoteltu erilaisia tupakkapoliittisia toimenpiteitä ja niihin soveltuvaa tutkimus-, seuranta- ja monitorointijärjestelmää. Taulukko on muokattu Uuden-Seelannin toimintasuunnitelman arviointiesityksen pohjalta.¹³³ Taulukossa on esitetty osa relevanteista tutkimuskohteista, jotka tukevat lain tavoitteen saavuttamisen seuranta. Se ei sulje pois muita tutkimusaiheita, joita voi nousta esiin nopeasti, kuten esimerkiksi sähkösavukkeet viime vuosina. Erityisryhmien osalta taulukossa on esitetty tiedonsaanti säännöllisesti kerättävien väestö- tai koululaiskyselyjen kautta. Sarakkeessa on esitetty ainoastaan osa erityisryhmistä, esimerkiksi sosioekonomiseen asemaan liittyvät ryhmät on jätetty pois. Sosioekonomisen aseman mukaisten ryhmien tupakointikäyttäytymisestä saadaan pääsääntöisesti tietoa kaikista väestökyselyistä, mutta tutkimuksellisen haasteena on pieni vastaajien määrä ja siten tiedon luotettavuus, kun vastaajia tarkastellaan esimerkiksi tupakointistatustien ja koulutuksen mukaisissa ryhmissä. Sama pätee muidenkin erityisryhmien tutkimiseen.

Taulukko 2. Tutkimus-, seuranta- ja monitorointijärjestelmä tupakkalain tavoitteen saavuttamisen tueksi.

Aihe	Onko nykyisin säännöllisesti saatavilla		Vaatii uutta instrumenttia/ tutkimusta/ indikaattoria	Muita kommentteja	Tavoitetaso
	Aikuiset (lähde)	Nuoret (lähde)			
Tupakoinnin yleisyys	Kyllä (FinSote, FT17),	Kyllä (KTK, NNTT, ESPAD)	Ei	Vertailtavan tiedon saatavuus varmistettava.	Tieto kerättävä säännöllisesti, mieluummin vuosittain. Huomioitava tarpeeksi suuri otoskoko, esimerkiksi väestöryhmien välisiä eroja tarkastelua varten.
Muiden tupakka- ja nikotiini- tuotteiden käytön yleisyys	Rajatuusti (FinSote, FT17)	Kyllä (KTK, NNTT, ESPAD)	Kyllä, osittain	Vertailtavan tiedon saatavuus varmistettava.	Tieto kerättävä säännöllisesti, mieluummin vuosittain. Huomioitava tarpeeksi suuri otoskoko esimerkiksi väestöryhmien välisiä eroja varten.
Tupakka- ja nikotiini- tuotteiden käytön biokemiallinen tutkimus	Ei	Ei	Kyllä, mittaus- ten toteutta- minen	Tupakointistatuksen validointi. Tehty aiemmin osana THL:n väestökyselyitä (mm. DILGOM, Finriski).	Nikotiinin metabolittien ja muiden tupakan ainesosien biokemialliset mittaukset, hääkämittaukset. Kerätään säännöllisesti, esimerkiksi viiden vuoden välein, osana terveystutkimuksen sisältäviä väestökyselyitä (esim. FinTerveys). Mahdollistaisi myös tuotteisiin tehtävien muutosten vaikutuksen tutkimuksen (mm. filttareiden poisto).
Tupakka- ja nikotiini- tuotteiden käytön lopettaminen	Ei	Ei	Kyllä	Aikuisväestöllä lopettamishalukkuutta, huolestuneisuutta tupakan terveyshaittoista ja vakavia lopetusyrityksiä seurattiin aiemmin vuositason AVTK-tutkimuksessa. Tupakointistatus, tarjottu tupakasta vieroituksen tuki ja tupakoinnin lopettaminen pitää kirjata nykyistä paremmin terveydenhuollossa AvoHilmoon pohjautuvien analyysien mahdollistamiseksi ja luotettavuuden parantamiseksi.	Lopettamista koskevien indikaattoreiden palauttaminen aikuisväestön vuosittaisiin tutkimuksiin (FinSote). Nuorille uusi indikaattori Kouluterveykskyselyyn esimerkiksi joka toiseen aineistonkeruuseen. AvoHilmo-tietojen käyttö tupakasta vieroituksen palveluiden kysynnän, tarjonnan ja laadun arviointiin.
Tupakka- ja nikotiini- tuotteiden käytön yhteydet ja vaikutukset sairauksiin	Osittain	Ei	Kyllä	Helsingin yliopiston kaksostutkimuksista on tutkittu aiemmin nuoruuden tupakoinnin vaikutuksista aikuisiällä. Nuorten kohdalla uutta seuranta-aineistoa tarvittaisiin erityisesti sähkösavukkeiden vaikutusten tutkimukseen. Aikuisväestön kyselytutkimuksissa on tutkittu tupakoinnin yhteyksiä, mutta seuranta-aineistoja kausaalisuhteiden selvittämiseen on vähän.	Pitkittäistutkimus, johon kuuluu ideaalitalanteessa kyselyn ohella myös biokemiallisia mittauksia.
Tupakoinnin taloudelliset ja sosiaaliset vaikutukset	Osittain	Osittain	Kyllä	Nykyään hyvin rajalliseti tietoa yleisistä väestökyselyistä, ei tarvittavan yksityiskohtaista. Tieto tupakan yhteiskunnallisista kustannuksista	Säännöllinen, esimerkiksi viiden vuoden välein toteutettava tupakointiin ja laajasti sen vaikutuksiin keskittyvä temaattinen tutkimus (vrt. kansainvälinen ITC Project tai suomalainen Juomatapatutkimus). Tupakkavalvonnan puitteissa kerättyjen

Selvitys tehokkaista toimista ja toimivasta seuranta- ja arviointijärjestelmästä tupakkalain tavoitteen saavuttamisen tueksi

				Suomessa saatavilla vuodelta 2012. Tiedonkeruun malli ja yksityiskohdat valmiina säännöllistä monitorointia varten.	tietojen (esim. myyntipaikat) käyttö tutkimukseen. Kustannusten säännöllinen päivittäminen ja julkaisu esimerkiksi Tupakkatilastossa.
Uudet tupakka-poliittiset toimenpiteet, kuten tuotemerkittömät tupakka-pakkaukset	Ei	Ei	Kyllä; uusia indikaattoreita tai kokonaan uusi tutkimus	Nykyisten väestökyselyiden pohjalta voidaan seurata trendejä vain muutamilla lähinnä käytön yleisyyteen keskittyvillä indikaattoreilla. Uusiin avauksiin voidaan tarvita myös laadullista tutkimusta.	Säännöllinen, esimerkiksi viiden vuoden välein toteutettava tupakointiin ja laajasti sen vaikutuksiin keskittyvä temaattinen tutkimus (vrt. kansainvälinen ITC Project tai suomalainen Juomatapatutkimus).
Tupakka-tuotteiden kulutus	Kyllä	Ei	Osittain	Raportoitu kokonaiskulutus ja aikuisväestön (esim. 15+) kulutus. Alue-/kuntakohtaisia tietoja ei ole ollut seurantaan / tutkimukseen saatavilla.	Jatketaan vuosittaista raportointia kansallisella tasolla osana Tupakkatilastoa tai vastaavaa. Tietoa tulisi saada myös alueelliselle/kuntatasolle mm. maakuntien ehkäisevän päihdetyön kehittämiseksi.
Väestön suhtautuminen tupakka- ja nikotiini-politiikkaan	Epäsäännöllisesti	Kyllä	Kyllä; uusia kysymyksiä olemassa olevien tutkimusten yhteyteen tai vanhojen mittaristojen toistaminen	Tieto ollut epäsäännöllisesti saatavilla (mm. FinSote, NNTT)	Tieto kerättävä säännöllisesti, joko osana olemassa olevia instrumentteja tai osana laajempaa temaattista tupakkakyselyä, (vrt. esim. aikuisilla ITC Project tai suomalainen Juomatapatutkimus). Mahdolliset temaattiset laadulliset tutkimukset tukevat kyse-lytutkimuksista saatavaa tietoa.
Lopettamisen tuki terveydenhuollossa	Ei	Ei	Ei	Lopettamisen tuen järjestämisestä terveydenhuollossa toteutettu erillinen THL:n kyselytutkimus vuonna 2012.	Soveltuvien indikaattorien lisääminen väestökyselyihin. Tupakointistatuksen ja tupakasta vieroituksen kirjaaminen terveydenhuollon sähköisiin potilasjärjestelmiin ja tietojen käyttö AvoHilmasta tutkimukseen olennaista. TEAviisarin terveyskeskuskyselyihin sisällytettävä paremmin tietoa tupakasta vieroituksen palveluista, jotta niiden tarjontaa voidaan seurata ja kehittää.
Tupakka-poliittisen toimintaohjelman seuranta ja arviointi	Osittain	Osittain	Kyllä; uusi säännöllisin väliajoin toteutettava arviointi-tutkimus	Lain tavoitteen saavuttamiseksi on tärkeä kerätä koordinoitusti tietoa toimenpideohjelman toimivuudesta ja kehityskohteista, huomioiden paitsi yllä esitettyjä teemoja myös esimerkiksi resurssien ja kapasiteetin sekä eri toimijoiden välisen yhteistyön kehityksen	Yhdistelmä kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia tutkimuksia sekä prosessiarviointia, jossa tarkastellaan tupakkamonitoiminnan ohella myös tupakkapolitiittisen kentän toimivuutta ja toimijoiden yhteistyötä.

Suomessa monitorointiin ja tupakkatutkimukseen liittyy haaste väestö- ja koululaiskyselyiden jatkuvuudesta, olennaisten tupakkaindikaattorien säilymisestä ja kyselyiden ja muiden tietolähteiden vastaamisesta tupakkapolitiikan muutoksiin ja uusiin tupakka- ja nikotiinituotteisiin. Koska tupakointia ja siihen liittyviä teemoja seurataan osana laajempia terveys- ja hyvinvointikyselyitä, ei tupakointiin sekä tupakkapolitiikan interventioihin liittyvää tietoa ole aina mahdollisuus kerätä riittävän yksityiskohtaisesti.

Lisäksi viime vuosina tapahtuneet muutokset esimerkiksi aikuisten väestökyselyissä ovat aiheuttaneet sen, että täysin vertailukelpoista tietoa tupakoinnista on rajallisesti saatavilla. Vuodesta 1978 lähtien seurantajärjestelmänä toimineet THL:n tutkimukset Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -

tutkimus ja (vuodesta 1985 alkaen) Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys (EVTK) - tutkimus lopetettiin vuosina 2014 ja 2013. Ne korvattiin uudella Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelu- tutkimus (ATH) -väestökyselyllä, joka muuttui vuonna 2017 kansalliseksi terveys-, hyvinvointi- ja palvelu- tutkimus FinSoteksi. Vuodesta 1972 lähtien kerätty Finriski-tutkimus puolestaan lopetettiin vuonna 2012 ja se yhdistettiin Terveys 2000/2011 -tutkimuksen kanssa uudeksi FinTerveys -tutkimukseksi vuonna 2017.

Haasteena on myös väestökyselyiden heikentyvä vastausaktiivisuus, minkä myötä esimerkiksi AvoHilmon, rekisteriaineistojen ja uudentyyppisten otantamahdollisuuksien käyttöä seurannassa on selvitettävä ja edistettävä. Pääsääntöisesti Suomessa on jo saatavilla eri lähteistä suhteellisten monipuolisesti tietoa (esim. raskaana olevien tupakointi, AvoHilmo, tupakkakustannukset), mutta resurssit aineistojen hyödyntämiseen ja tutkimuksen tekoon ovat niukat. Interventiotutkimus tupakoinnin ehkäisyn ja tupakasta vieroituksen malleista on Suomessa nykyisin lähes olematonta.

WHO⁵ ja yhdysvaltalainen Centers for Disease Control and Prevention (CDC)¹³⁵ ovat esittäneet kansainvälisesti suositeltuja tupakkamonitoroinnin indikaattoreita. Nämä indikaattorit liittyvät MPOWER-työkalun osatekijöihin (ks. kappale 3.2). Taulukossa 3 on esitetty nämä indikaattorit suhteessa Suomen väestö- ja koululaiskyselyissä kerättävään tietoon. Sähkösavukkeiden ja muiden vastaavien uusien nikotiinituotteiden käyttöön liittyviä indikaattoreita ei ole alun perin esitetty WHO:n eikä CDC:n indikaattorilistassa. Ne on lisätty taulukkoon, sillä ne rinnastetaan tupakkalain tavoitteessa tupakkatuotteiden käyttöön.

Taulukko 3. Kansainvälisesti suositeltuja indikaattoreita^{5,14,135} ja niiden käyttö Suomessa säännöllisesti toistettavissa tutkimuksissa.

Indikaattori	Aikuiset	Nuoret	Tiedon saatavuus erityisryhmistä, mm. ras- kaana olevat ja mielenterveyspotilaat	Muita huomioita
Monitorointi (Monitor)				
Nykyinen tupakan käyttö	FinSote, FT17	KTK, NNTT, ESPAD	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FinSote, FT17). Nuorilta kieli- ja kulttuurivähemmistöjen edustajat (ruotsinkieliset, romanit, saamelaiset) (KTK) ja maahanmuuttajataustaiset (KTK, ESPAD).	Otaa huomioon poltettavat (esim. savuke, piippu) ja savuttomat tupakat (esim. nuuska). Kyselystä riippuen tieto saatavilla usein tupakoinnista ja nuuskasta, joskus myös esim. vesipiipusta.
Nykyinen tupakointi	FinSote, FT17	KTK, NNTT, ESPAD	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FinSote, FT17). Nuorilta kieli- ja kulttuurivähemmistöjen edustajat (ruotsinkieliset, romanit, saamelaiset) (KTK) ja maahanmuuttajataustaiset (KTK, ESPAD). Raskaudenaikainen tupakointi Perinataalilistasta.	
Päivittäinen tupakointi	FinSote, FT17	KTK, NNTT, ESPAD	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FinSote, FT17). Nuorilta kieli- ja kulttuurivähemmistöjen edustajat (ruotsinkieliset, romanit, saamelaiset) (KTK) ja maahanmuuttajataustaiset (KTK, ESPAD).	
Nykyinen nuuskan käyttö	FinSote, FT17	KTK, NNTT, ESPAD	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FinSote, FT17). Nuorilta kieli- ja kulttuurivähemmistöjen edustajat (ruotsinkieliset, romanit, saamelaiset) (KTK) ja maahanmuuttajataustaiset (KTK, ESPAD).	
Päivittäinen nuuskan käyttö	FinSote, FT17	KTK, NNTT, ESPAD	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FinSote, FT17). Nuorilta kieli- ja kulttuurivähemmistöjen edustajat (ruotsinkieliset, romanit, saamelaiset) (KTK) ja maahanmuuttajataustaiset (KTK, ESPAD).	
Tupakointistatus	FinSote, FT17	KTK, NNTT	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FinSote, FT17). Nuorilta kieli- ja kulttuurivä-	Jako tupakoijiin, tupakoinnin lopettaneisiin ja tupakkoimattomiin. Ajassa

			hemmistöjen edustajat (ruotsinkieliset, romanit, saamelaiset) (KTK) ja maahanmuuttajataustaiset (KTK).	vertailtava (ikäryhmittäinen) tieto saatavilla vaihdellen, riippuen kysymyslomakkeissa tehdyistä muutoksista
Poltettujen savukkeiden määrä/pvä	FT17	NTTT, ESPAD	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FT17). Nuorilta maahanmuuttajataustaiset (ESPAD).	Ei säännöllistä tietoa aikuisilta. Nuorilta tieto NTTT:sta vuoteen 2019 saakka, jatkosta ei tietoa. ESPAD:sta tieto v. 2015 saakka (savukkeet/päivä kuluneen 30 päivän aikana), seuraavasta tiedonkeruusta v. 2019 ei varmuutta.
Nykyinen sähkösavukkeiden tai vastaavien uusien nikotiinituotteiden käyttö	FinSote, FT17	KTK, NTTT, ESPAD	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FinSote, FT17). Nuorilta kieli- ja kulttuurivähemmistöjen edustajat (ruotsinkieliset, romanit, saamelaiset) (KTK) ja maahanmuuttajataustaiset (KTK, ESPAD).	Aikuisilta (FinSote) tieto nikotiinipitoisten sähkösavukkeiden käytöstä saatava vaihdellen. Aikuisten osalta tieto saatavilla myös esim. THL:n Päihdetutkimuksesta.
Päivittäinen sähkösavukkeiden tai vastaavien uusien nikotiinituotteiden käyttö	FinSote, FT17	KTK, NTTT, ESPAD	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FINSOTE, FT17). Nuorilta kieli- ja kulttuurivähemmistöjen edustajat (ruotsinkieliset, romanit, saamelaiset) (KTK) ja maahanmuuttajataustaiset (KTK, ESPAD).	FinSoten tiedonkeruusta vaihdellen tieto nikotiinipitoisten sähkösavukkeiden käytöstä saatavilla.
Tupakansavulta suojaaminen (Protect)				
Ympäristön tupakansavulle altistuminen kotona	FT17	NTTT	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FT17).	Saatavilla aikuisilta ja nuorilta vuoden 2017 osalta, jatkosta ei tietoa. Nuorilta (NTTT) ei eroteltu paikkaa, jossa altistutaan.
Ympäristön tupakansavulle altistuminen töissä	FT17	NTTT	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FT17).	Saatavilla aikuisilta vuoden 2017 osalta, jatkosta ei tietoa. Nuorilta (NTTT) ei eroteltu paikkaa, jossa altistutaan.
Tupakoinnin lopettamisen tuki (Offer)				
Tupakan käytön lopettamisyritykset viimeisen 12 kk aikana	Ei	Ei	Ei	Viimeisin tieto aikuisväestöstä vuodelta 2014
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattilaisen kehoitus lopettaa tupakointi viimeisen 12 kk aikana	FT17, FinSote	Ei	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FinSote, FT17).	Saatavilla aikuisilta vuoden 2017 osalta, jatkosta ei tietoa. AvoHilmosta saatavilla olevia tietoja tulisi hyödyntää seurannassa.
Tupakoinnin haitoista varoittaminen (Warn)				
Nähty tupakoimattomuuteen tai tupakan haittoihin liittyvää informaatiota lehdissä viimeisen 30 päivän aikana	Ei	Ei	Ei	
Nähty tupakoimattomuuteen tai tupakan haittoihin liittyvää informaatiota televisiossa viimeisen 30 päivän aikana	Ei	Ei	Ei	
Huomannut terveysvaaroituksia tupakkaskeissa/-pakkauksissa viime-	FinSote	KTK	Aikuisilta mielenterveyspotilaat ja kieli- ja kulttuurivähemmistöt rajatusti (ruotsi, venäjä, englanti) (FinSote). Nuorilta kieli- ja kulttuurivähemmistöjen edustajat (ruotsinkieliset, romanit, saamelai-	Aikuisilla ja nuorilla kysymys koskee viimeistä puolta vuotta. Aikuisilta saadaan tieto vuodelta

sen 30 päivän aikana			set) ja maahanmuuttajataustaiset (KTK).	2018, jatkosta ei tietoa. Nuorilta saadaan tieto vuoteen 2019 saakka, jatkosta ei tietoa. Kysymys koskee viimeistä puolta vuotta. Nuorilta saadaan tieto vuoteen 2019 saakka, jatkosta ei tietoa.
Ajatellut lopettamista, koska nähnyt terveysvaroituksia tupakka-askeissa/-pakkauksissa viimeisen 30 päivän aikana	Ei	KTK	Nuorilta kieli- ja kulttuurivähemmistöjen edustajat (ruotsinkieliset, romanit, saamelaiset) ja maahanmuuttajataustaiset (KTK).	
Mainonta- ja markkinointikiellot (Enforce)				
Nähnyt tupakkamainoksia kaupoissa, joissa myydään tupakkaa viimeisen 30 päivän aikana	Ei	NTTT	Ei	Kysymys koskee ylipäänsä tuotteiden näkyvyyttä: "Oletko nähnyt tupakkaa/sähkösavukkeita viime kuukauden aikana kaupoissa, kioskeissa, huoltoasemilla". Vuoden 2019 jälkeen ei tietoa tiedon saatavuudesta. Kysymys koskee ylipäänsä tuotteiden näkyvyyttä: "Oletko nähnyt tupakkaa/sähkösavukkeita viime kuukauden aikana kaupoissa, kioskeissa, huoltoasemilla". Vuoden 2019 jälkeen ei tietoa tiedon saatavuudesta.
Nähnyt muuta tupakkamainontaa viimeisen 30 päivän aikana (esimerkiksi tupakan mainontaa internetissä), vaatemerkkejä, joissa tupakkayhtiöiden logoja)	Ei	NTTT	Ei	
Tupakkaverotus (Raise)				
Tehdasvalmisteisen savukeaskin hinta	N/A	N/A	N/A	Tupakan hintaindeksit saatavilla Tilastokeskuksesta. Julkaistaan osana Tupakkatilastoa.
Sadan tehdasvalmisteisen tupakan keskimääräinen hinta prosentteina bruttokansantuotteesta asukasta kohti	N/A	N/A	N/A	Ei saatavilla suoraan. Tiedot kotitalouksien käytettävissä olevista tuloista ja tupakkatuotemennoista saatavilla, lähde: Kansantalouden tilinpito, SVT, Tilastokeskus. Julkaistaan osana Tupakkatilastoa.

6 Yhteenveto ja pohdinta

Tässä selvityksessä käytiin läpi laaja kirjo tupakkapoliittisia toimenpiteitä, sekä perustuen kansainvälisiin sopimuksiin ja suosituksiin että uusiin avauksiin niin sanotun endgame-tavoitteen saavuttamiseksi. Tavoite on yleisimmin määritelty siten, että tietyssä tavoitevuonna väestöstä alle viisi prosenttia tupakoi päivittäin. Suomessa tavoitevuosi on 2030 ja tavoite kattaa sekä tupakka- että nikotiinituotteiden päivittäisen käytön.

Tupakkapuitesopimukseen kuuluvista suosituksista pyrittiin tunnistamaan sellaisia keinoja, joita Suomi ei vielä toimeenpane lainkaan tai joiden toimeenpano on vasta osittaista. Uusista avauksista haettiin tutkimusnäyttöä sekä maaesimerkkejä. Lisäksi tarkasteltiin toimenpiteitä, jotka jo kuuluvat Suomen tupakkapoliittiseen toimenpideohjelmaan tai joita asiantuntijaryhmät ovat aiemmin Suomessa ehdottaneet, mutta joita ei ole toistaiseksi toteutettu.

Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kansainväliseen kehitykseen nähden Suomen tupakkapoliittisten toimenpiteiden laajuus ja toteutus on pääsääntöisesti hyvää. Eritoten monitoroinnista, verotuksesta ja tupakan terveysvaroitusten toimeenpanosta Suomi on suoriutunut kansainvälisessä mittakaavassa hyvin. Toisaalta erityisesti savuttomissa ympäristöissä, tupakoinnin lopettamisen tukemisessa, kampanjoinnissa, tupakkapoliittisten toimenpideohjelman koordinaatiossa ja toimien resursoinnissa on parantamisen varaa. Osa aiemmin esitetyistä tupakkapoliittisista toimenpide-ehdotuksista on toimeenpanematta, kuten tuotemerkittömien tupakkapakkausten käyttöönotto. Tupakkalaissa on myös esimerkiksi esilläpitokieltoa koskevia poikkeuksia, jotka voidaan katsoa kansainvälisen tupakkapuitesopimuksen velvoitteiden valossa tarpeettomiksi.

Suomen tupakkalain tavoitteen saavuttaminen edellyttää, että tupakointi vähenee vuosittain naisilla kuusi ja miehillä kahdeksan prosenttia. Tavoitteen saavuttaminen vaatii erilaisten arvioiden ja mallinnusten mukaan nykyistä tehokkaampia keinoja. Myös jo käytössä olevien, tehokkaaksi todettujen, keinojen kuten pitkäjänteisen ja koordinoitun kampanjoinnin ja tupakasta vieroituksen palveluiden riittävä resursointi ja toimeenpanon tehostaminen on tarpeellista tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön ehkäisyssä ja vähentämisessä. Yhteenvetoa kansainvälisesti esitetyistä toimista on koottu Taulukkoon 4.

Tupakkapolitiikan keinovalikoima on pitkään keskittynyt kysynnän vähentämiseen, mutta kansainvälisesti huomiota keräävät aiempaa enemmän myös tarjonnan vähentämiseen liittyvät keinot kuten syntymäkohorttiin perustuva tupakan myyntikielto ja tupakkateollisuuden markkinatoimintakentän vahva rajoittaminen. Tarjonnan sääntelyä helpottaa kansainvälinen kehitys ja yhteistyö laittoman kaupan torjunnassa.

Tarjonnan sääntelyyn liittyvät myös kysymykset esimerkiksi kaupan vastuullisuudesta. Useissa maissa isojaakin kauppaketjuja on jo luopunut vapaaehtoisesti tupakkatuotteiden myynnistä, mihin Suomessa voitaisiin kannustaa esimerkiksi purkamalla nikotiinikorvaushoitotuotteiden myyntiluvassa oleva edellytys tupakkatuotteiden myyntiluvalla.

Uusien tupakkapoliittisten keinojen vaikutuksista on rajatusti tietoa ja ennakoarviointi on niitä suunniteltaessa tärkeää. Ennakoarvioinnissa olennaista on huomioida niiden mahdolliset vaikutukset väestöryhmien välisten terveyserojen ehkäisyyn ja kaventamiseen. Tupakoinnin lopettamisen esteitä ja hidasteita haavoittuvissa väestöryhmissä on purettava. Ehkäisyn näkökulmasta varhainen puuttuminen, terveellisen kasvuympäristön takaaminen ja lapsen edun ensisijaisuus päätöksenteossa lapsen oikeuksien sopimuksen mukaisesti kuuluvat tupakkapolitiikan keskiöön. Kansainvälisen tupakkapuitesopimuksen toimeenpano on myös osa YK:n kestävä kehityksen tavoitteita (Agenda2030).

Taulukko 4. Yhteenvetoa uusista tupakkapoliittisista toimenpiteistä ja niiden ominaisuuksia tupakkalain tavoitteen saavuttamiseksi.

Toimenpide	Vaikuttavuus	Oikeudenmukaisuus / vaikutus väestöryhmien välisiin eroihin	Kustannustehokasta	Onko käytössä Euroopassa (muualla)
Saatavuuden rajoittaminen				
Vähintään 20 % veronkorotukset	Korkea	Eriarvoisuutta vähentävä	Kyllä	Kyllä (Kyllä)
Vähimmäishinta	Mahdollisesti korkea	Ei tietoa	Todennäköisesti	Ei (Kyllä)
Jälleenmyyjien määrän rajoittaminen	Mahdollisesti keskinkertainen tai korkea	Ei tietoa, mahdollisesti eriarvoisuutta vähentävä	Todennäköisesti	Kyllä (Kyllä)
Tupakan myyntikielto alkoholin myyntilisenssiin omaavissa paikoissa	Mahdollisesti keskinkertainen	Ei tietoa, mahdollisesti eriarvoisuutta vähentävä	Todennäköisesti	Ei (Kyllä)
Tupakaton sukupolvi	*Hyvin korkea	*Eriarvoisuutta merkittävästi vähentävä	*Kyllä	Ei (Ei)
Ostoikärajan nostaminen	Keskinkertainen tai korkea, jos toimeenpano hyvä	Eriarvoisuutta vähentävä	Todennäköisesti	Ei yli 18 vuoden (Kyllä)
Viehätyksen (appeal) ja/tai riippuvuuden vähentäminen				
Viehätystä ja riippuvuutta lisäävien lisäaineiden poistaminen, pH-arvon nostaminen**, filttareiden kieltäminen**	Mahdollisesti keskinkertainen tai korkea	Ei tietoa, mutta Yhdysvalloista esitetty, että eriarvoisuutta vähentävää	Kyllä, mikäli kustannukset tulee tupakkayhtiöiden maksettavaksi	Ei (Kyllä)
Myynnin rajoittaminen savukkeisiin, joissa vähän nikotiinia	Luultavasti korkea	Alustavien tutkimusten valossa ei erilaista vaikutusta eri sosiaalisiin ryhmiin	Kyllä, mikäli kustannukset tulee tupakkayhtiöiden maksettavaksi	Ei (Yhdysvalloissa saatavilla joitain tuotteita, ei lainsäädännössä)
Muut keinot				
Vaihtoehtoisten nikotiinituotteiden (mm. sähkösavukkeet) saatavuuden varmistaminen	Ei tietoa***	Ei tietoa	Epävarma	Epävarma
Massamedian laajempi hyödyntäminen	Korkea (aikuiset), keskinkertainen (nuoret)	Ristiriitaisia löydöksiä	Keskinkertainen tai hyvä kustannustehokkuus	Kyllä (Kyllä)
Tupakoinnin lopettamisen laajempi tukeminen	Keskinkertainen	Mahdollisesti hyvä, jos on kohdennettu hyvin	Keskinkertainen tai hyvä kustannustehokkuus	Kyllä (Kyllä)
Savuttomien ympäristöjen laajentaminen	Keskinkertainen	Ei ainakaan eriarvoisuutta lisäävä	Epävarmaa	Kyllä (Kyllä)

* Uuden-Seelannin tiedoilla tehdyn mallinnuksen mukaan

** Näitä toimia ei ole alkuperäisessä taulukossa. Niiden vaikutukset voidaan nähdä samanlaisina lisäaineiden kieltojen kanssa.

*** Alkuperäisessä taulukossa tämän toimenpiteen vaikuttavuus oli arvioitu 'mahdollisesti korkeaksi' (potentially high). Koska näyttö sähkösavukkeiden käytön nettovaikutuksesta tupakointiin ja väestön terveyteen on ristiriitaista (ks. esim. ^{58,135}), on tässä taulukossa on esitetty konservatiivinen arvio.

Taulukko muokattu Thornley ym. 2017 mukaan.¹¹ Arviointikohteet:

Vaikuttavuus = kuinka vaikuttava esitetty toimenpide on savuttomuustavoitteen saavuttamisessa

Oikeudenmukaisuus = miten esitetty toimenpide vaikuttaa eri väestöryhmiin ja niiden tupakoinnissa havaittuihin eroihin; esimerkiksi koulutustason mukaiset ryhmät

Kustannustehokkuus = onko ehdotettu toimenpide kustannustehokas (taloudellisesti suhteessa terveyshyötyihin)

Onko käytössä Euroopassa (muualla) = onko toimenpide käytössä jossain Euroopan tai Euroopan ulkopuolisessa maassa

Tässä selvityksessä kartoitettiin lisäksi toimivan seuranta- ja arviointijärjestelmän elementtejä. Suomen seurantajärjestelmä on ollut tupakkatuotteiden käytön osalta kattava. Suurimmasta osasta kansainvälisesti suositeltuja indikaattoreita on saatu tähän saakka tietoa sekä nuorilta että aikuisilta (ks. Taulukko 3). Viime vuosina on kuitenkin noussut esiin haasteita eritoten tiedonkeruun jatkuvuuteen ja riittävyyteen liittyen. Tulevaisuudessa tiedon määrä ja laatu voi kaventua merkittävästi, kun esimerkiksi osaa pitkäaikaisen seurannan pohjana toimineista väestökyselyistä ei enää toteuteta tai niiden sisältämiä tupakkakysymyksiä kar-

sitaan. Väestökyselyiden laskeva vastausaktiivisuus muodostaa oman haasteensa ja erilaisten rekisteritietojen käyttö sekä uudentyypiset otanta- ja kyselymenetelmät nousevat suurempaan rooliin.

Sekä kansanterveysseurannan että tupakkalain tavoitteen saavuttamisen näkökulmasta Suomessa olisi tarpeellista vahvistaa seuranta-, monitorointi- ja tutkimusjärjestelmä nykyistä kestävämmälle pohjalle. Väestökyselyiden tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön indikaattorit tulisi vakiinnuttaa ja tupakkapolitiikan muutosten tai uusien markkinoille tulevien tuotteiden johdosta kyselyitä tulisi pystyä täydentämään tai muokkaamaan tarvittavilta osin. Suomen tupakkamonitoroinnin ja tupakkapolitiikan kehittämisen kannalta voisi olla hyödyllistä harkita myös temaattista tiedonkeruuta. Sen voisi toteuttaa esimerkiksi osallistumalla kansainväliseen ITC-projektiin, jossa sekä seurataan tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön kehitystä että arvioidaan tehtyjä politiikkatoimia.¹³⁷ Se tuottaisi paitsi kansallista lisäarvoa monipuolisten mittarien kautta myös hyödyllistä kansainvälistä vertailua muihin projektiin osallistuviin maihin kuten Australiaan, Uuteen-Seelantiin, Irlantiin, Yhdysvaltoihin, Kanadaan ja Iso-Britanniaan.

Resurssien varmistaminen myös kerättyjen aineistojen analysointiin, raportointiin ja tutkimustuloksista tiedottamiseen on tärkeää. Tutkimustietoa tarvitaan kohdennettujen toimien toteuttamiseksi ja vaikutusten arvioimiseksi paitsi kansallisella, myös alueellisella ja kuntatasolla. Tiedontarpeet liittyvät tällä hetkellä erityisesti tupakasta vieroituksen palveluiden saatavuuteen, käyttöön ja vaikutuksiin. STM:n tupakkapolitiittisen toimenpideohjelman tueksi olisi hyödyllistä muodostaa konkreettinen pitkän tähtäimen arviointisuunnitelma, johon koottaisiin tietotarpeet, tietolähteet ja seurantaindikaattorit toimenpideohjelman eri osaluilta.

Kirjallisuusviitteet

1. Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O, ym. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010–2017. Verkkoaineisto: www.thl.fi/ath. THL, 2017.
2. Kinnunen JM, Pere L, Raisamo S, Katainen A, Ollila H, Rimpelä A. Nuorten terveystapatutkimus 2017: Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteen käyttö sekä rahapelaaminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tupakkasopimus tutuksi. tupakkoinnin torjuntaa koskeva puitesopimus (WHO FCTC). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011.
4. World Health Organization. 2016 Global Progress Report on Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization, 2016.
5. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization, 2017.
6. Joossens L, Raw M. The tobacco control scale 2016 in Europe. A report of the Association of European Cancer Leagues. Brussels: the Association of European Cancer Leagues, 2017.
7. World Health Organization. Joint national capacity assessment on the implementation of effective tobacco control policies in Norway. Geneva: World Health Organization, 2010.
8. World Health Organization. Capacity assessment on the implementation of effective tobacco control policies in Denmark. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2018.
9. Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Gomeshtapeh FI, Drope J. The Tobacco Atlas. Fifth edition. Atlanta: The American Cancer Society, 2015.
10. McDaniel PA, Smith EA, Malone RE. The tobacco endgame: A qualitative review and synthesis. *Tob Control*. 2016;25(5):594-604.
11. Thornley L, Edwards R, Thomson G, Waa A. Smokefree Aotearoa 2025. Evidence and feasibility review summary report. ASPIRE2025, 2017.
12. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tie savuttomaan Suomeen. Tupakkapolittinen toimenpideohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2014.
13. Hara M, Simonen O (toim.). Tupakkapolitiikan uusi aika. Savuton Suomi 2040 -verkoston tupakkapolitiikan kehittämistyöryhmän ehdotukset. Ohjaus 20/2013. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, 2013.
14. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization, 1998.
15. Nevalainen S, Ollila H. Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen – kansallisen strategian arviointi. Raportti 7/2015. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos, 2015.
16. The Scottish Government. Creating a tobacco-free generation; A tobacco control strategy for Scotland. Scottish Government Health and Community Care. 2013.
17. Thornley L, Edwards R, Waa A, Thomson G. Achieving Smokefree Aotearoa by 2025. ASPIRE2025, 2017.
18. Berrick, AJ. The tobacco-free generation proposal. *Tob Control* 2013;22:i22-i26.
19. WHO Regional Office for Europe. Tobacco-free generations. protecting children from tobacco in the WHO European region. Copenhagen: World Health Organization, 2017.
20. Khoo D, Chiam Y, Ng P, Berrick AJ, Koong HN. Phasing-out tobacco: Proposal to deny access to tobacco for those born from 2000. *Tob Control*. 2010;19(5):355-360.
21. van der Deen, Frederieke S, Wilson N, Cleghorn C, L., ym. Impact of five tobacco endgame strategies on future smoking prevalence, population health and health system costs: Two modelling studies to inform the tobacco endgame. *Tob Control*. 2017;Published Online First: 24 June 2017.
22. van der Eijk Y, Porter G. Human rights and ethical considerations for a tobacco-free generation. *Tob Control*. 2015;24(3):238-242.
23. Tasmanian Government. Report on public health amendment (tobacco free generation) bill 2014. Tasmanian Government, 2016.
24. Rimpelä A, Rainio S. The effectiveness of tobacco sales ban to minors: The case of Finland. *Tob Control*. 2004;13(2):167-174.
25. Bonnie RJ, Stratton K, Kwan LY. Public health implications of raising the minimum age of legal access to tobacco products. Institute of Medicine (IOM), 2015.
26. Kessel Schneider S, Buka SL, Dash K, Winickoff JP, O'Donnell L. Community reductions in youth smoking after raising the minimum tobacco sales age to 21. *Tob Control*. 2016;25(3):355-359.
27. Apollonio DE, Glantz SA. Minimum ages of legal access for tobacco in the United States from 1863 to 2015. *American Journal of Public Health*. 2016;106(7):1200-1207.
28. Department of Health. Tobacco control policies in NYS. New York State Department of Health, 2018. Verkkoaineisto: https://www.health.ny.gov/prevention/tobacco_control/current_policies.htm
29. Campaign for tobacco-free kids. Raising the tobacco age at 21. Campaign for tobacco-free kids, 2018. Verkkoaineisto: <https://www.tobaccofreekids.org/what-we-do/us/sale-age-21>
30. California raises smoking age to 21. CNN, 6.5.2016. Lehtiartikkeli: <https://edition.cnn.com/2016/05/05/health/california-smoking-age-21/index.html>
31. Ruokolainen O, Ollila H, Patja K, Borodulin K, Laatikainen T, Korhonen T. Social climate on tobacco control in an advanced tobacco control country: A population-based study in Finland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. First Published April 19, 2018.
32. Pearson AL, van der Deen, F S, Wilson N, Cobiac L, Blakely T. Theoretical impacts of a range of major tobacco retail outlet re-

Selvitys tehokkaista toimista ja toimivasta seuranta- ja arviointijärjestelmästä tupakkalain tavoitteen saavuttamisen tueksi

- duction interventions: Modelling results in a country with a smoke-free nation goal. *Tob Control*. 2015;24(e1):32.
33. Pulakka A, Halonen JI, Kawachi I, ym. Association between distance from home to tobacco outlet and smoking cessation and relapse. *JAMA Intern Med*. 2016;176(10):1512-1519.
 34. Budget high street health and beauty stores to stop selling tobacco products. *DutchNews*, 4.1.2018. Lehtiartikkeli: <https://www.dutchnews.nl/news/2018/01/budget-high-street-chemists-to-stop-selling-tobacco-products/>.
 35. Välkänt varuhus i Danmark slutar sälja tobak. A Non Smoking Generation. 16.3.2018. Lehtiartikkeli: <http://www.nonsmoking.se/nyheter/valkant-varuhus-i-danmark-slutar-salja-tobak/>.
 36. Polinski JM, Howell B, Gagnon MA, Kymes SM, Brennan TA, Shrank WH. Impact of CVS pharmacy's discontinuance of tobacco sales on cigarette purchasing (2012-2014). *Am J Public Health*. 2017;107(4):556-562.
 37. Ackerman A, Etow A, Bartel S, Ribisl KM. Reducing the density and number of tobacco retailers: Policy solutions and legal issues. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(2):133-140.
 38. McDaniel PA, Malone RE. "People over profits": Retailers who voluntarily ended tobacco sales. *PLoS One*. 2014;9(1):e85751.
 39. Stead M, Moodie C, Angus K, ym. Is consumer response to plain/standardised tobacco packaging consistent with Framework Convention on Tobacco Control guidelines? A systematic review of quantitative studies. *PLoS One*. 2013;8(10):e75919.
 40. McNeill A, Gravelly S, Hitchman SC, Bauld L, Hammond D, Hartmann-Boyce J. Tobacco packaging design for reducing tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4:CD011244.
 41. Dunlop S, Perez D, Dessaix A, Currow D. Australia's plain tobacco packs: Anticipated and actual responses among adolescents and young adults 2010-2013. *Tob Control*. 2017;26(6):617-626.
 42. Webb H, Jones BM, McNeill K, ym. Smoke signals: The decline of brand identity predicts reduced smoking behaviour following the introduction of plain packaging. *Addict Behaviors Reports*. 2017;5:49-55.
 43. Hayes L, Wakefield MA, Bain E. Change in public support for the introduction of plain packaging and new, enlarged graphic health warnings in the Australian state of Victoria, 2011-2013. *Tob Control*. 2017;26(6):627-628.
 44. Swift E, Borland R, Cummings KM, ym. Australian smokers' support for plain or standardised packs before and after implementation: Findings from the ITC four country survey. *Tob Control*. 2015;24(6):616-621.
 45. Scollo M, Bayly M, Wakefield M. Availability of illicit tobacco in small retail outlets before and after the implementation of Australian plain packaging legislation. *Tob Control*. 2015;24(e1):e51.
 46. Scollo M, Bayly M, Wakefield M. Did the recommended retail price of tobacco products fall in Australia following the implementation of plain packaging? *Tob Control*. 2015;24(Suppl 2):ii93.
 47. Scollo M, Zacher M, Coomber K, Wakefield M. Use of illicit tobacco following introduction of standardised packaging of tobacco products in Australia: Results from a national cross-sectional survey. *Tob Control*. 2015;24(Suppl 2):ii81.
 48. Scollo M, Zacher M, Coomber K, Bayly M, Wakefield M. Changes in use of types of tobacco products by pack sizes and price segments, prices paid and consumption following the introduction of plain packaging in Australia. *Tob Control*. 2015;24(Suppl 2):ii75.
 49. Andrews JC, Netemeyer RG, Burton S, Kees J. Effects of plain package branding and graphic health warnings on adolescent smokers in the USA, Spain and France. *Tob Control*. 2016;25(e2):e126.
 50. Rawal T, Nazar G, Ravishankar S, Grills N, Webster P, Arora M. Perceived effectiveness of larger graphic health warnings and plain packaging among urban and rural adolescents and adults of Delhi and Telangana, India. *Tobacco Induced Diseases*. 2018;16(Suppl 1):A214. Konferenssiabstrakti.
 51. El Khoury F, Bolze C, Melcior M. Perceptions of plain tobacco packaging among adolescents and adults: DePICT, a French national survey. *Tobacco Induced Diseases*. 2018;16(Suppl 1):A534. Konferenssiabstrakti.
 52. Mannocci A, Colamesta V, Mipatrini D, ym. From directive to practice: Are pictorial warnings and plain packaging effective to reduce the tobacco addiction? *Public Health*. 2015;129(12):1563-1570.
 53. Zhou S. Intellectual property arguments in tobacco industry legal challenges: Lessons from recently concluded cases. *Tobacco Induced Diseases*. 2018;16(Suppl 1):A52. Konferenssiabstrakti.
 54. Full victory to Norway over snus producer Swedish Match. Norwegian Ministry of Health and Care Services, 6.11.2017. Lehdistötiedote : <https://www.regjeringen.no/en/aktuelt/full-victory-to-norway-over-snus-producer-swedish-match/id2577797/>
 55. Scheffels J, Lund I. Perceptions of cigarette and snus packages among youths and young adults in Norway. *Tobacco Induced Diseases*. 2018;16(Suppl 1):A538. Konferenssiabstrakti.
 56. Aambø A, Lindbak R, Edbo M, Solbakken K. Norway introduces standardised packaging on smokeless tobacco. *Tobacco Induced Diseases*. 2018;16(Suppl 1):A729. Konferenssiabstrakti.
 57. Hammond D, O'Connor RJ. Reduced nicotine cigarettes: Smoking behavior and biomarkers of exposure among smokers not intending to quit. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014.
 58. Hatsukami DK, Luo X, Dick L, ym. Reduced nicotine content cigarettes and use of alternative nicotine products: Exploratory trial. *Addiction*. 2017;112(1):156-167.
 59. Donny EC, Denlinger RL, Tidey JW, ym. Randomized trial of reduced-nicotine standards for cigarettes. *N Engl J Med*. 2015;373(14):1340-1349.
 60. Hatsukami DK, Perkins KA, LeSage MG, ym. Nicotine reduction revisited: Science and future directions. *Tob Control*. 2010;19(5):e10.

61. WHO Study Group on Tobacco Regulation. Advisory note: Global nicotine reduction strategy. Geneva: World Health Organization, 2015.
62. Byron MJ, Jeong M, Abrams DB, Brewer NT. Public misperception that very low nicotine cigarettes are less carcinogenic. *Tob Control*. 2018.
63. Novotny T, E., Lum K, Smith E, Wang V, Barnes R. Cigarettes butts and the case for an environmental policy on hazardous cigarette waste. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2009;6(5):1691-1705.
64. Smith EA, McDaniel PA. Covering their butts: Responses to the cigarette litter problem. *Tob Control*. 2011;20(2):100-106.
65. UK Department of Health and Social Care. Towards a smoke-free generation: A tobacco control plan for England. Policy paper. UK Department of Health and Social Care, 2017.
66. Berry KM, Reynolds LM, Collins JM, ym. E-cigarette initiation and associated changes in smoking cessation and reduction: The population assessment of tobacco and health study, 2013-2015. *Tob Control*. 2018.
67. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;9:CD010216.
68. Kulik MC, Lisha NE, Glantz SA. E-cigarettes associated with depressed smoking cessation: A cross-sectional study of 28 European Union countries. *Am J Prev Med*. 2018;54(4):603-609.
69. Glantz SA, Bareham DW. E-cigarettes: Use, effects on smoking, risks, and policy implications. *Annu Rev Public Health*. 2018 Apr 1;39:215-235
70. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, ym. Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2017;171(8):788-797.
71. Ruokolainen O, Ollila H, Karjalainen K. Determinants of electronic cigarette use among Finnish adults: Results from a population-based survey. *Nordic Studies on Alcohol & Drugs* 2017;34(6):471-480.
72. Ruokolainen O, Ollila H, Sandström P, Heloma A. Kiistanalainen sähkösavuke - käytön yleisyys, muutokset ja taustatekijät. *Yhteiskuntapolitiikka*. 2016;81(1):17-30.
73. McNeill A, Brose L, S., Calder R, Bauld L, Robson D. A report commissioned by Public Health England. London: Public Health England, 2018.
74. Wilson N, Thomson G, W., Edwards R, Blakely T. Potential advantages and disadvantages of an endgame strategy: A 'sinking lid' on tobacco supply. *Tob Control*. 2013;22:i21.
75. WHO Regional Office for Europe. Tobacco control in practice. article 8: Protection from exposure to tobacco smoke: The story of Hungary. Copenhagen: World Health Organization, 2014.
76. World Health Organization. Smoke-free movies: From evidence to action. Third edition. Geneva: World Health Organization, 2015.
77. Charlesworth A, Glantz S. Smoking in the movies increases adolescent smoking: A review. *Pediatrics*. 2005;116(6):1516-1528.
78. Song AV, Ling P, Neilands T, Glantz S. Smoking in movies and increased smoking among young adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;33(5):396-403.
79. Truth Initiative. While you were streaming: Tobacco use sees a renormalization in on-demand digital content, diluting progress in broadcast & theaters. Washington, DC: Truth Initiative, 2018.
80. Polansky JR, Modisette D, Garcia C, Glantz SA. Smoking in top-grossing US movies, 2017. UCSF Center for Tobacco Control Research and Education, 2018.
81. Bilir N, Çakır B, Dağlı E, Ergüder T, Önder Z. Tobacco control in Turkey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
82. Sakharova G, Antonov N, Salagay O. TOBACCO CONTROL: a comprehensive approach at country level in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2017.
83. Kingdom of Spain. Law 28/2005, of December 26, regarding health measures against tobacco addiction and regulating sales, supplies, consumption and advertising of tobacco products. 2005.
84. Leading health groups demand film industry give R rating to movies that depict smoking. American Lung Association. 29.8.2017. Lehdistöiedote: <http://www.lung.org/about-us/media/press-releases/leading-health-groups-demand-r-rating-for-tobacco-in-films.html>
85. Decision FCTC COP7/5. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Delhi, India, 11/2016.
86. Folkhälsomyndigheten. Utredning om framtida rökfria miljöer på allmänna platser – i synnerhet där barn vistas. Folkhälsomyndigheten, 2014.
87. Tubakaseadus (tobacco act). 2005.
88. American Nonsmokers' Rights Foundation. Smokefree lists and maps. Verkkosivusto: <https://no-smoke.org/materials-services/lists-maps/#1518201194932-4fa981ed-1222>. 2018.
89. Regeringens proposition 2017/18:156. Ny lag om tobak och liknande produkter. 2018.
90. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: Systematic review. *Tob Control*. 2014;23(e2):98.
91. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2014;138:7-16.
92. Pekurinen M, Valtonen H. Price, policy and consumption of tobacco: The Finnish experience. *Soc Sci Med*. 1987;25(8):875-881.
93. Lahelma E, Pietiläinen O, Ferrie J, ym. Changes over time in absolute and relative socioeconomic differences in smoking: A comparison of cohort studies from Britain, Finland, and Japan. *Nicotine Tob Res*. 2016;18(8):1697-1704.

94. Ruokolainen O, Heloma A., Jousilahti P, ym. Thirty-eight years of educational differences in smoking and tobacco control policy in Finland (manuscript). 2017.
95. Soerjomataram I, Barendregt JJ, Gartner C, Kunst A, Möller H, Avendano M. Reducing inequalities in lung cancer incidence through smoking policies. *Lung Cancer*. 2011;73:268-273.
96. Golden SD, Smith MH, Feighery EC, Roeseler A, Rogers T, Ribisl KM. Beyond excise taxes: A systematic review of literature on non-tax policy approaches to raising tobacco product prices. *Tob Control*. 2016;25(4):377-385.
97. Hiscock R, Branstorff JR, McNeill A, Hitchman SC, Partos TR, Gilmore AB. Tobacco industry strategies undermine government tax policy: Evidence from commercial data. *Tob Control*. 2017.
98. Euroopan Unioni. Alkoholi, tupakka ja käteinen – tuonti ja valmisteverot. *Sinun Eurooppasi*. 2018. Verkkoaineisto: https://europa.eu/youreurope/citizens/travel/carry/alcohol-tobacco-cash/index_fi.htm
99. Republic of Estonia, Tax and Customs Board. Customs regulations for travellers arriving to Estonia from non-community countries. 2018. Verkkoaineisto: <https://www.emta.ee/eng/private-client/travelling-moving-consignments/non-eu-countries/customs-regulations-travellers>
100. Sikkerhedsstyrelsen. Reglerne for snus. 2017. Verkkoaineisto: <https://www.sik.dk/Virksomhed/Tobaksvarer/Reglerne-for-snus>
101. Directorate of Customs Iceland. Duty free imports. 2017. Verkkoaineisto: <https://www.tollur.is/english/individuals/customs/traveling-to-iceland/duty-free-imports/>
102. Directorate of Norwegian Customs. Alcohol and tobacco quotas. 2017. Verkkoaineisto: <https://www.toll.no/en/goods/alcohol-and-tobacco/private-importation-of-tobacco-and-snuff/>
103. Russian Federation Federal Customs Service. The list of personal-use goods which import and (or) export from the customs territory of the customs union is banned or restricted. 2018. Verkkoaineisto: http://eng.customs.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=1686&Itemid=1908
104. Callard C. Follow the money: How the billions of dollars that flow from smokers in poor nations to companies in rich nations greatly exceed funding for global tobacco control and what might be done about it. *Tob Control*. 2010;19(4):285-290.
105. Campaign for Tobacco-Free Kids. The Global Cigarette Industry. Campaign for Tobacco-Free Kids, 2017.
106. Canadian Coalition for Action on Tobacco. Advancing public health and public revenue: A pre-budget submission to the house of commonsstanding committee on finance. Canadian Coalition for Action on Tobacco, 2016.
107. Canada Revenue Agency. Part II – tobacco manufacturers' surtax (2017 and later tax years). Canada Revenue Agency, 2017.
108. Physicians for a Smoke-Free Canada. Shell games with tobacco taxes. 27.3.2017. Blogi: <http://smoke-free-canada.blogspot.fi/2017/03/shell-games-with-tobacco-taxes.html>
109. U.S. Food and Drug Administration. Tobacco user fees. . 2018. Verkkoaineisto: <https://www.fda.gov/TobaccoProducts/ucm417012.htm>
110. Department of Health Ireland. Tobacco free Ireland annual report 2016. Department of Health Ireland, 2016.
111. HM Treasury. Tobacco levy: Consultation. HM Treasury, 2014.
112. HM Treasury. Tobacco levy: Response to the consultation. HM Treasury 2015.
113. European Ombudsman. European ombudsman's implementation of article 5(3) of the WHO framework convention on tobacco control and the guidelines adopted by the parties to the convention for the implementation of article 5.3. Verkkoaineisto: https://www.ombudsman.europa.eu/en/resources/ethics_and_conduct/declaration.faces/en/63286/html.bookmark
114. Pin-Abata H, McNeill A, Murray R, Bitton A, Rigotti N, Raw M. A survey of tobacco dependence treatment services in 121 countries. *Addiction* 2013;108(8):1476-1484.
115. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. 2012.
116. Sandström P, Leppänen A, Simonen O (toim.). Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 15/2009. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2010.
117. An LC, Foldes SS, Alesci NL, ym. Research article: The impact of smoking-cessation intervention by multiple health professionals. *Am J Prev Med*. 2008;34:54-60.
118. van den Brand, F A, Nagelhout GE, Reda AA, ym. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9:CD004305.
119. Twyman L, Bonevski B, Paul C, Bryant J. Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: A systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ Open*. 2014;4(12):006414.
120. Eduskunnan Oikeusasiamies. Millaisiin terveydenhuoltomeinoin voidaan myöntää toimeentulotukea / för vilka hälsovårdsutgifter kan utkomststöd beviljas? EOAK/2112/2017. 2017.
121. HM Revenue & Customs. VAT notice 701/57: Health professionals and pharmaceutical products. 31 July 2014. Verkkoaineisto: <https://www.gov.uk/government/publications/vat-notice-70157-health-professionals-and-pharmaceutical-products/vat-notice-70157-health-professionals-and-pharmaceutical-products>
122. Ekroos H. Sytisiini. Teoksessa: Heloma A, Kiianmaa K, Korhonen T, Winell K (toim.). Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus - tietokanta. Terveysportti. 2016.
123. Danielsson M, Lammi A, Siitonen S, Pykkänen L, Ollgren J, Vasankari T. Smoking and snus use among Finnish young males. *Tobacco Induced Diseases*. 2018;16(Suppl 1):A240. Konferenssiabstrakti.

Selvitys tehokkaista toimista ja toimivasta seuranta- ja arviointijärjestelmästä tupakkalain tavoitteen saavuttamisen tueksi

124. Sosiaali- ja terveysministeriö. Nikotiinivalmisteiden seurantatyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:21. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.
125. Carson KV, Ameer F, Sayehmiri K, ym. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:CD001006.
126. Bala MM, Strzeszynski L, Topor-Madry R. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;11:CD004704.
127. The Federal Authorities of the Swiss Confederation. Tobacco control fund. Verkkoaineisto: <https://www.tpf.admin.ch/tpf/en/home.html>
128. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Sustainable funding models for tobacco control: A discussion paper. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2014.
129. World Health Organization. WHO Technical Manual on Tobacco Tax Administration. Geneva: World Health Organization, 2010.
130. Southeast Asia Tobacco Control Alliance, (SEATCA). Tobacco control fund as catalyst for public health gain: Vietnam's experience. SEATCA, 2014.
131. Minh HV, Ngan TT, Mai VQ, ym. Tobacco control policies in Vietnam: Review on MPOWER implementation progress and challenges. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(S1):1-9.
132. Heloma A, Ollila H, Danielsson P, Sandström P, Vakkuri J (toim.). Kohti savutonta Suomea: Tupakoinnin ja tupakkapolitiikan muutokset. Teema 16/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2012.
133. Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyden edistämisen määräraha. . 2018. Verkkoaineisto: <http://stm.fi/rahoitus-ja-avustukset/terveyden-edistamisen-maararahat>
134. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suunnitelma rahapelihaittojen ehkäisyn ja korjaavan työn järjestämiseksi suomesa. Asiantuntijaryhmän työhön perustuva esitys 11.10.2017. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:42. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017.
135. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco questions for surveys: A subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). 2nd edition. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
136. Achieving Smokefree Aotearoa by 2025. Monitoring and evaluation plan. ASPIRE2025, 2018.
137. Fong GT, Cummings KM, Borland R, ym. The conceptual framework of the international tobacco control (ITC) policy evaluation project. *Tob Control.* 2006;15 Suppl 3:iii11.